POUR GUIDER L'ACTION

PORTRAIT DE SANTÉ DU QUÉBEC ET DE SES RÉGIONS

Québec

POUR GUIDER L'ACTION

PORTRAIT DE SANTÉ DU QUÉBEC ET DE SES RÉGIONS

Québec

Le Cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec a été élaboré conjointement par la Direction de la surveillance de l'état de santé du ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec sous la direction de :

Alain Poirier, M. D.
Directeur national de santé publique

Lyne Jobin,
Directrice de la planification, de l'évaluation et du développement en santé publique et Directrice de la surveillance de l'état de santé par intérim

COMITÉ DE RÉDACTION

Carolyne Alix, Institut national de santé publique du Québec
Nathalie Audet, Institut de la statistique du Québec
Marc Ferland, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
Dominique Fortin, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Jérôme Martinez, Institut national de santé publique du Québec
Michel Pageau, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca section Documentation, rubrique Publications.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2011
Bibliothèque et Archives Canada, 2011
ISBN : 978-2-550-63405-8 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-63406-5 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2011

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE

Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec (2011). *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions, ministère de la Santé et des Services sociaux, 156 pages.*

CONTRIBUTION À LA RÉDACTION

1. L'évolution démographique au Québec : un vieillissement inéluctable, mais pas de déclin de la population à l'horizon
Chantal Girard, Institut de la statistique du Québec
Martine St-Amour, Institut de la statistique du Québec

2. Les conditions socioéconomiques des Québécois : des progrès intéressants et un rattrapage sur les plans canadien et international
Robert Choinière, Institut national de santé publique du Québec

3. Un bilan positif de la santé des Québécois
Francine Bernèche, Institut de la statistique du Québec
Jocelyne Camirand, Institut de la statistique du Québec
Marie-Hélène Lussier, Institut national de santé publique du Québec

4. La santé maternelle et fœto-infantile au cœur des préoccupations de santé publique
Latifa Elfassihi, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

5. Les habitudes de vie qui influencent la santé : des progrès accomplis… et à réaliser
Dominique Fortin, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Brigitte Lachance, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

6. Les maladies chroniques : de plus en plus de Québécois à en être atteints
Valérie Émond, Institut national de santé publique du Québec

7. La santé buccodentaire et nos habitudes qui l'influencent
Chantal Galarneau, Institut national de santé publique du Québec
Bernard Laporte, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

8. Les maladies infectieuses : des avancées et des reculs
Monique Douville-Fradet, Institut national de santé publique du Québec

9. L'environnement sous l'angle de la santé publique
Magalie Canuel, Institut national de santé publique du Québec
Germain Lebel, Institut national de santé publique du Québec

10. Le travail : un déterminant important de la santé des Québécois
Robert Arcand, Institut national de santé publique du Québec

11. Des accidents et des blessures souvent évitables
Philippe Gamache, Institut national de santé publique du Québec

12. La santé mentale des Québécois : des fragilités particulières à chaque étape de la vie
Liane Comeau, Institut national de santé publique du Québec
Julie Denoncourt, Institut national de santé publique du Québec

13. L'environnement social et les problèmes d'adaptation : des milieux de vie qui influencent la santé et les comportements
Julie Soucy, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

RELECTURE

Nadia Abdelaziz, Louise April, Horacio Arruda, Philippe Bélanger, Chantal Bouchard, Caroline De Pokomandy-Morin, André Dontigny, Josée Dubuque, Yovan Fillion, Lise Guérard, Marthe Hamel, Claude Laberge, Brigitte Laflamme, Monique Landry, Céline Lemieux, Nathalie Lévesque, Rabiâ Louchini, Marlène Mercier, Martine Pageau, Louise Paquet, Pierre Patry, Marie Rochette, Natalie Rosebush, Stéphane Ruel, Guy Sanfaçon, Louise Therrien, Lise Tremblay, Madeleine Tremblay, Bruno Turmel, ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Claudia Blais, Robert Choinière, Marième Doucet, Patricia Lamontagne, Isabelle Larocque, Linda Perron, Guillaume Ruel, Institut national de santé publique du Québec

Lucie Gingras, Virginie Nanhou,
Institut de la statistique du Québec

RÉVISION LINGUISTIQUE

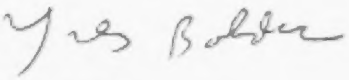
Marie-France LeBlanc

Mot du ministre

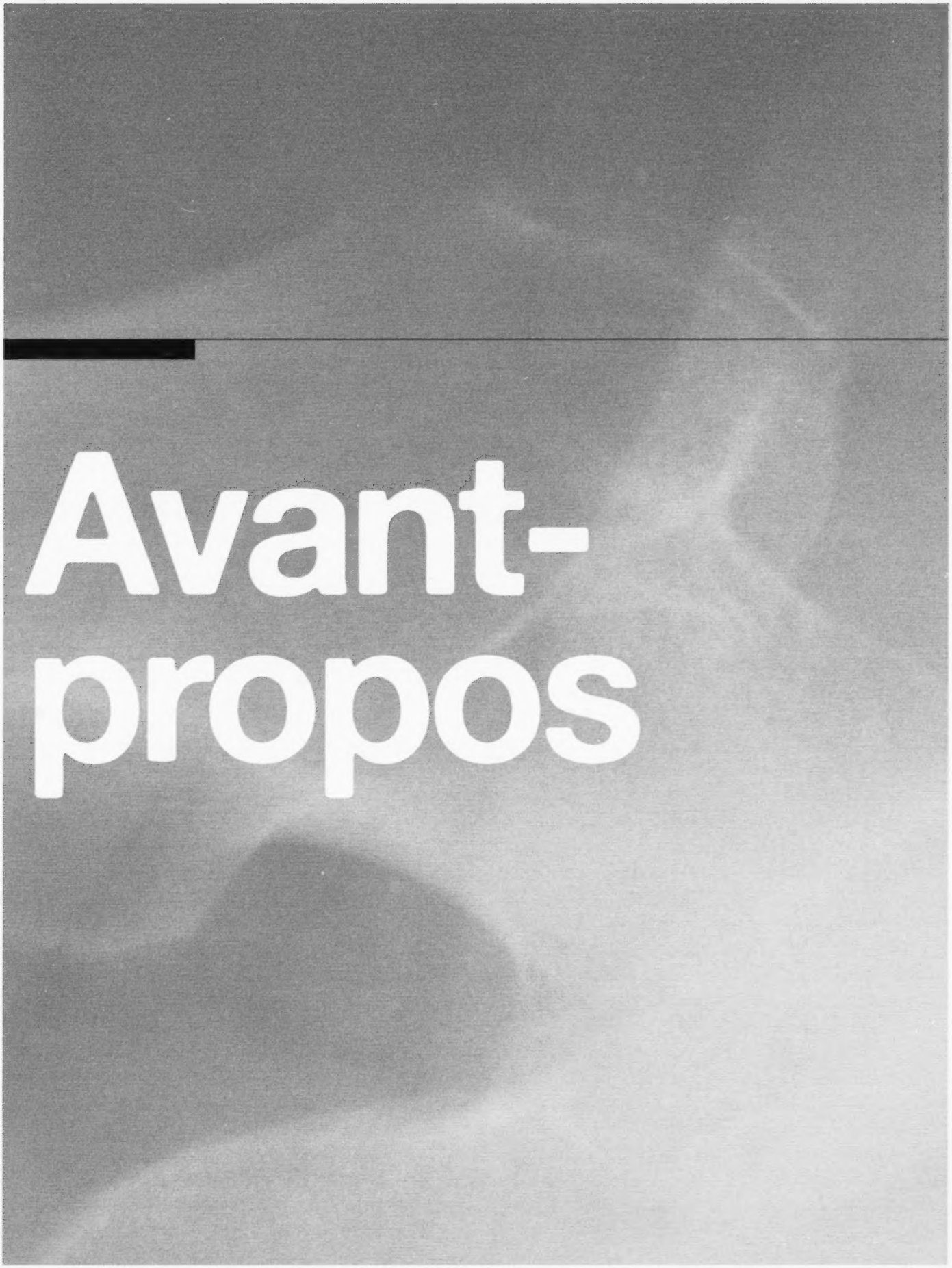
La santé d'une population est indissociable de son développement économique, social et humain. La mission de la protéger et de l'améliorer doit s'appuyer sur un ensemble de renseignements pertinents qui permettent de constater le chemin parcouru ainsi que les problèmes les plus importants, tout comme ceux qui pointent à l'horizon. Rassemblées de manière concise et interprétées de façon éclairante, ces informations constituent autant d'outils qui viennent alimenter les stratégies de lutte contre les maladies et ce qui favorise leur apparition.

Le Cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec qui s'intitule *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, présente un grand nombre d'indicateurs touchant aussi bien les problèmes de santé que leurs facteurs déterminants. La description des diverses problématiques de santé et leur analyse permettent de disposer de constats clairs pour chacun des 13 thèmes qui constituent ce rapport. Leur lecture saura inspirer tous ceux et celles qui, comme moi, œuvrent à l'amélioration de la santé des Québécois et Québécoises. Une répartition régionale des données sera également utile à la planification des services au sein du réseau de la santé et des services sociaux, et ce, dans la perspective d'exercer une responsabilité populationnelle.

Notre mobilisation doit miser sur les progrès des dernières années tout en considérant les aspects les plus préoccupants à l'heure actuelle. En ce sens, le Cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec propose une série de repères par lesquels nous sommes conviés à poursuivre nos actions individuelles et collectives pour améliorer la santé et le bien-être de la population québécoise.



Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux



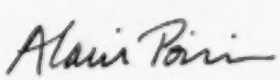
Avant-propos

Bien que la surveillance de l'état de santé de la population et de ses déterminants soit une activité continue, il est important d'établir sur une base périodique un portrait complet de la santé des Québécois. C'est l'objectif de ce Cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec qui s'intitule *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions.*

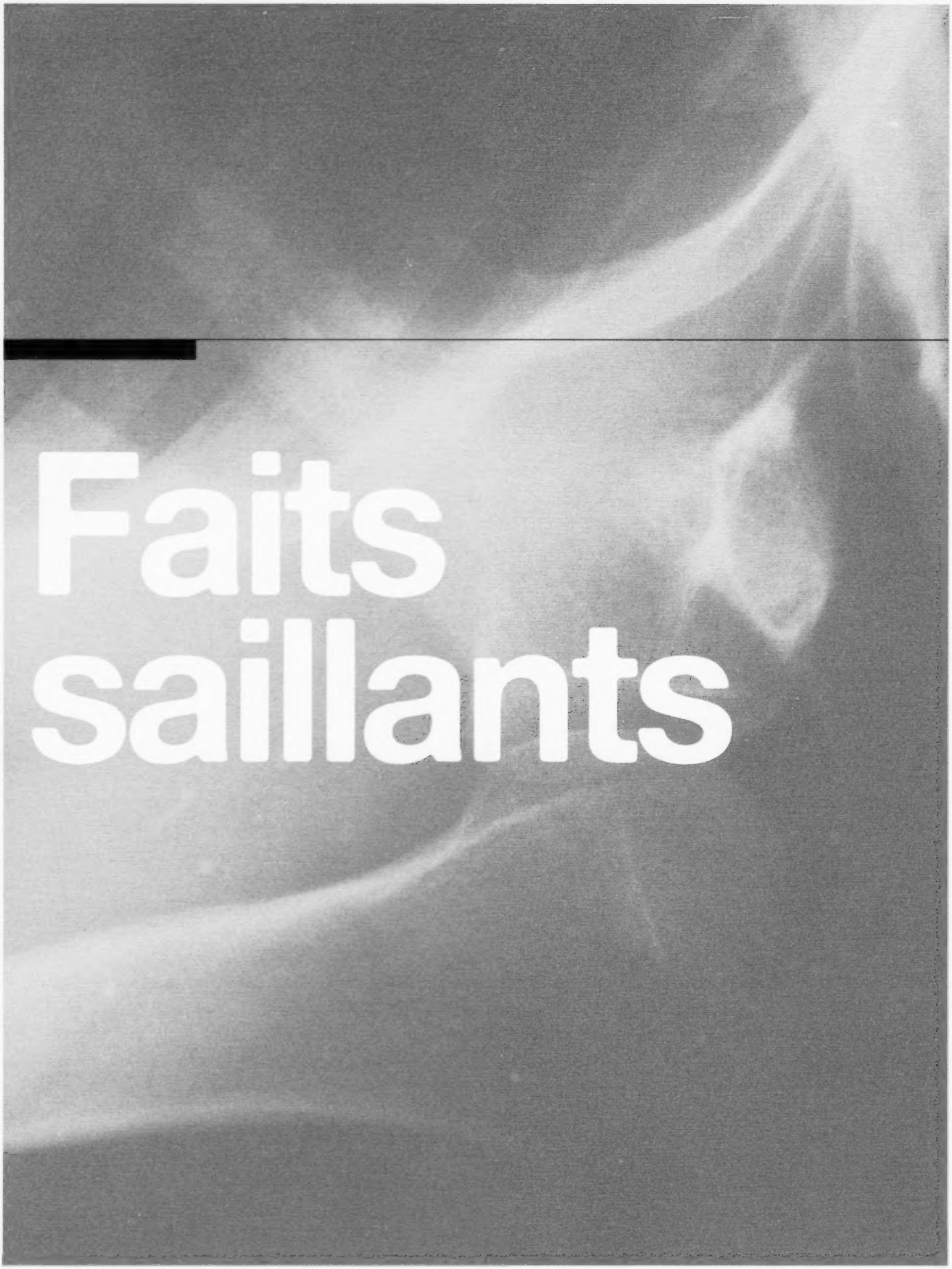
Beaucoup de progrès ont été accomplis depuis l'adoption par l'Assemblée nationale de la Loi sur la santé publique en 2001 et la publication du *Programme national de santé publique* en 2002 dans lequel sont identifiées les finalités de la fonction de surveillance. Un large éventail de renseignements sur l'état de santé des Québécois sont maintenant disponibles dans le portail de l'Infocentre de santé publique qui a été mis en ligne en 2006. Ainsi, l'information sur la santé de la population québécoise est plus accessible que jamais.

Ce portrait de la santé des Québécois, que je vous invite à consulter, fait le point sur l'évolution des divers problèmes de santé et leurs déterminants. À sa lecture, l'on constate que plusieurs aspects évoluent dans un sens positif mais que certaines tendances, comme la progression de l'obésité, devront faire l'objet d'une attention particulière dans les années à venir. Ce bilan de santé fait également ressortir certaines disparités régionales.

En fournissant une information pertinente et de qualité, ce document sera utile, j'en suis certain, à orienter les efforts de tous ceux et celles qui, dans le secteur de la santé et des services sociaux comme dans les autres secteurs d'activité tels que les municipalités et le milieu scolaire, œuvrent à protéger et à améliorer la santé de notre collectivité.



Alain Poirier
Directeur national de santé publique


Faits
saillants

L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE AU QUÉBEC : UN VIEILLISSEMENT INÉLUCTABLE, MAIS PAS DE DÉCLIN DE LA POPULATION À L'HORIZON

Le Québec franchira le cap de huit millions d'habitants au tournant de l'année 2012. Alors que la croissance démographique a eu tendance à ralentir dans les années 1990, elle s'est accélérée la décennie suivante. Cette dernière tendance est attribuable à l'augmentation du nombre de naissances ainsi qu'à un nombre croissant d'immigrants. À titre d'exemple, en 2009, le nombre de naissances au Québec est 20 % plus élevé que dix ans auparavant.

Ce sont les régions adjacentes à Montréal ainsi que l'Outaouais, les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik qui ont connu les croissances démographiques les plus importantes au cours des années 2000. Dans le cas des autres régions à plus faible densité populationnelle, le déclin démographique a quand même ralenti dans la deuxième moitié de la décennie.

Conséquence de l'importante chute de la fécondité qui a suivi le *baby-boom* des années 1946-1966, le vieillissement de la population québécoise s'accélérera au cours de la prochaine décennie. Ainsi, le nombre de personnes âgées aura presque doublé d'ici 20 ans, passant de 1,2 à 2,3 millions en 2031.

LES CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES DES QUÉBÉCOIS : DES PROGRÈS INTÉRESSANTS ET UN RATTRAPAGE SUR LES PLANS CANADIEN ET INTERNATIONAL

Les conditions socioéconomiques constituent un déterminant important de la santé comme le montre la présence d'inégalités de santé entre groupes défavorisés et groupes mieux nantis. Au cours des années 2000, la situation de l'emploi au Québec s'est améliorée, et ce, jusqu'à la récession économique de la fin de la décennie. La hausse du taux de chômage qu'a provoquée celle-ci a somme toute été modeste et ce taux demeure bien en deçà de ceux observés dans la foulée de la récession du début des années 1990. Phénomène nouveau, les taux québécois et canadien sont maintenant similaires.

La scolarité de la population québécoise s'améliore aussi car la proportion de diplômés universitaires chez les 25 à 64 ans est passée de 12 % en 1991 à 24 % en 2010. De même, celle des personnes sans diplôme d'études secondaires a diminué de plus de moitié. Le Québec se situe en milieu de peloton parmi les provinces canadiennes quant à la proportion de personnes possédant un diplôme universitaire.

Malgré des progrès non négligeables, la précarité socioéconomique est toujours bien présente au Québec et les inégalités de santé sont encore loin d'être éliminées.

UN BILAN POSITIF DE LA SANTÉ DES QUÉBÉCOIS

L'espérance de vie continue d'augmenter et atteint respectivement 83 et 79 ans chez les femmes et les hommes en 2008. L'écart entre les sexes, favorable aux femmes, tend encore à s'amenuiser; il était de huit ans au début des années 1980.

La grande majorité des Québécois sont en bonne santé, et seulement 10 % d'entre eux considèrent leur état de santé de façon négative. Cependant, près d'un aîné sur quatre ne se perçoit pas en bonne santé. Par ailleurs, 27 % des Québécois âgés de 65 à 74 ans et près de la moitié de ceux de 75 ans et plus présentent une incapacité.

La baisse de la mortalité par maladies cardiovasculaires depuis au moins 30 ans explique en bonne partie l'allongement de la durée de vie des Québécois. Toutefois, en ce qui a trait à l'incidence et à la mortalité par cancer, la situation peu favorable du Québec aux échelles canadienne et internationale illustre à quel point des gains sont encore possibles et nécessaires.

LA SANTÉ MATERNELLE ET FŒTO-INFANTILE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Après une baisse importante dans les dernières décennies de la mortalité infantile, celle-ci s'est stabilisée au cours des dernières années. On observe au Québec comme ailleurs en Occident une hausse de la prématurité qu'on associe généralement à l'augmentation des naissances multiples et des naissances chez les mères plus âgées. Par contre, le faible poids à la naissance est en diminution.

Relativement aux pratiques obstétricales, l'augmentation du taux de césarienne constatée au milieu des années 1990 semble avoir plafonné depuis 2006. L'épisiotomie n'est maintenant utilisée que pour un accouchement par voie vaginale sur cinq comparativement à un sur deux au début des années 1990.

L'allaitement maternel est bénéfique pour la santé des nouveau-nés et la grande majorité des mères québécoises allaitent dans les premiers jours de vie de l'enfant. Cependant, des progrès sont réalisables dans le cas de l'allaitement maternel exclusif, car, en 2005-2006, seulement deux nouveau-nés sur quatre étaient nourris exclusivement au lait maternel à la sortie de l'hôpital ou de la maison de naissance.

LES HABITUDES DE VIE QUI INFLUENCENT LA SANTÉ: DES PROGRÈS ACCOMPLIS... ET À RÉALISER

Le tabagisme, principale cause de décès évitable dans le monde, est en recul depuis le milieu des années 1980, mais on observe ces dernières années un ralentissement de cette tendance. Le Québec demeure l'une des provinces où la proportion de fumeurs est la plus élevée. Au niveau régional, l'usage du tabac atteint des proportions alarmantes au Nunavik et dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

La pratique de l'activité physique est un facteur de protection contre plusieurs maladies chroniques. Au Québec, environ un adolescent sur trois est peu ou pas actif durant ses loisirs, et cette proportion a peu varié au cours des dernières années. Chez les adultes, un Québécois sur quatre est sédentaire durant ses loisirs, ce qui se compare à la moyenne canadienne tout en constituant une certaine amélioration par rapport au début de la décennie 2000. Les gens peu fortunés sont moins enclins à la pratique d'activités physiques de loisirs que les mieux nantis.

Les Québécois sont plus nombreux qu'auparavant à consommer suffisamment de fruits et légumes et, fait encourageant pour l'avenir, c'est chez les jeunes que cette consommation est la plus répandue.

LES MALADIES CHRONIQUES : DE PLUS EN PLUS DE QUÉBÉCOIS À EN ÊTRE ATTEINTS

Plusieurs maladies chroniques sont évitables ou, à tout le moins, peuvent être retardées avec un mode de vie actif, une saine alimentation et l'abstinence tabagique. Au Québec, au cours des trois dernières décennies, le recul de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a été considérable, et depuis le début des années 2000, elles ne sont plus la première cause de décès.

De manière générale, la mortalité par cancer n'a pas connu de tendance notable. Si des gains ont effectivement été réalisés pour certains sièges, ils ont été atténués par la progression inquiétante du cancer du poumon chez les femmes.

L'augmentation de la prévalence de l'hypertension est également préoccupante, car elle touche maintenant environ 16 % des Québécois comparativement à près 13 % au début des années 2000. On observe également une hausse du diabète alors que 6 % de la population en est atteinte actuellement. L'obésité progresse aussi et affecte maintenant un adulte sur six. Bien que le Québec présente une prévalence de l'obésité légèrement sous la moyenne canadienne, elle est supérieure à celle de plusieurs des pays de l'OCDE.

LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET NOS HABITUDES QUI L'INFLUENCENT

Une meilleure hygiène buccodentaire et l'utilisation de services préventifs ont contribué à l'amélioration de la santé dentaire des Québécois. Toutefois, 12 % des Québécois ne se perçoivent pas en bonne santé buccodentaire, ce qui signifie que des gains sont encore possibles, notamment chez certains groupes.

Les hommes sont moins enclins que les femmes à adopter des comportements favorisant le maintien d'une bonne santé buccodentaire. La vulnérabilité socioéconomique semble liée à un moins bon état de santé buccodentaire et les efforts pour l'améliorer doivent en tenir compte.

L'accès à l'eau fluorée est la mesure de santé publique la plus efficace pour prévenir la carie dentaire, peu importe l'âge ou le revenu. Le Québec fait partie des provinces où l'accès à l'eau fluorée est le moins répandu, sa situation demeure très peu enviable à cet égard.

LES MALADIES INFECTIEUSES : DES AVANCÉES ET DES RECULS

Les progrès réalisés dans la lutte contre les maladies infectieuses au cours des dernières décennies avec l'introduction de programmes de vaccination sont incontestables. Toutefois, certaines éclosions, comme celle de la rougeole en 2011 ainsi que la pandémie de grippe A(H1N1) en 2009, viennent nous rappeler que la vigilance est toujours de mise.

Dans le cas des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les gains apparaissent souvent fragiles. Par exemple, après avoir connu un recul important au cours des années 1990, les infections génitales à *Chlamydia trachomatis* et l'infection gonococcique sont en recrudescence depuis le début des années 2000.

Les actions concertées visant à faire reculer les maladies contractées lors d'un épisode de soins (infections nosocomiales) ont donné des résultats. C'est ce qu'illustre, par exemple, la diminution de moitié de l'incidence des diarrhées associées à *Clostridium difficile* (DACD) entre 2004-2005 et 2008-2009.

L'ENVIRONNEMENT SOUS L'ANGLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

La pollution atmosphérique peut avoir des effets néfastes sur notre santé. En 2008, la mauvaise qualité de l'air a été constatée 1 journée sur 5 dans la région de Montréal comparativement à 1 sur 20 dans les autres régions urbaines du Québec.

La qualité de l'air intérieur peut aussi engendrer des problèmes de santé. Depuis le renforcement de la Loi sur le tabac en 2006 en vertu de laquelle il est interdit de fumer dans les lieux publics fermés, on observe une diminution de la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire dans un lieu public, soit de 23 % en 2005 à 9 % en 2007-2008.

Le pollen, incluant l'herbe à poux, les poussières de maison et la présence d'animaux sont les principaux facteurs déclencheurs de la rhinite allergique. En 2008, 17 % de la population a éprouvé des symptômes de ce type d'allergie.

L'accès à l'eau potable a été de tout temps un enjeu de santé publique. Lorsque la qualité de l'eau ne répond plus à certaines normes, un avis d'ébullition ou de non-consommation doit être émis. Depuis 2005, le nombre d'avis d'ébullition est stable au Québec, avec environ 200 avis par année.

LE TRAVAIL : UN DÉTERMINANT IMPORTANT DE LA SANTÉ DES QUÉBÉCOIS

Au cours de la décennie 2000, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) a enregistré une moyenne annuelle de 191 décès associés au travail dont 95 % concernaient des hommes. Les nouveaux cas de lésions professionnelles (blessures ou maladies) reconnues sont en diminution, leur nombre étant passé de 137 000 à 106 000 entre 2001 et 2008. Les hommes sont deux fois plus sujets à subir une lésion professionnelle que les femmes.

En 2008, 1 travailleur sur 5 a déclaré avoir eu, au cours des 12 derniers mois, des troubles musculo-squelettiques liés à son travail et l'ayant dérangé dans ses activités quotidiennes, ce qui représente près de 800 000 travailleurs. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à éprouver ces problèmes de santé.

Depuis la création du programme Pour une maternité sans danger au début des années 1980, le nombre de travailleuses enceintes ou allaitantes bénéficiant de ce programme n'a cessé de s'accroître. Entre 2000 et 2008, il est passé de 22 000 à 38 000. Plus de quatre demandes sur cinq impliquent un facteur ergonomique comme risque à la santé.

DES ACCIDENTS ET DES BLESSURES SOUVENT ÉVITABLES

Les traumatismes non intentionnels sont responsables de 4 % de l'ensemble des décès au Québec et de 6 % des hospitalisations. Les hommes sont plus touchés que les femmes par cette problématique. Pour celles-ci, ce sont les chutes qui représentent la principale cause de décès par traumatismes non intentionnels alors que pour les hommes, ce sont les accidents de véhicules à moteur. Par contre, ce sont les chutes, et de loin, qui constituent chez les deux sexes la première cause d'hospitalisation en raison d'un traumatisme non intentionnel.

Si les chutes causent davantage de décès chez les personnes âgées, les accidents de véhicules à moteur constituent une cause importante de mortalité chez les jeunes. Entre 2006 et 2010, le quart des décès attribuables aux accidents de la route concernent des jeunes de 15 à 24 ans.

LA SANTÉ MENTALE DES QUÉBÉCOIS : DES FRAGILITÉS PARTICULIÈRES À CHAQUE ÉTAPE DE LA VIE

La grande majorité des Québécois considèrent que leur santé mentale est bonne et sont satisfaits de leur vie en général. Cependant, certains aspects méritent une attention particulière, comme le stress quotidien élevé que plus du quart de la population de 15 ans et plus dit éprouver. Par ailleurs, la détresse psychologique est davantage présente chez les femmes et les jeunes de 15 à 24 ans.

Les aînés ont une perception de leur santé mentale qui se compare à celle des autres Québécois. Concernant leur consommation médicamenteuse, elle évolue car ils se font prescrire de moins en moins d'anxiolytiques, de sédatifs et d'hypnotiques, mais davantage d'antidépresseurs.

Le suicide, malgré une tendance à la baisse depuis dix ans, demeure plus élevé au Québec qu'ailleurs au Canada. Plus de trois décès par suicide sur quatre concernent les hommes. Entre 1999 et 2008, le taux de suicide a connu une diminution annuelle moyenne de 4 %. C'est chez les jeunes que la diminution a été la plus marquée.

L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET LES PROBLÈMES D'ADAPTATION : DES MILIEUX DE VIE QUI INFLUENCENT LA SANTÉ ET LES COMPORTEMENTS

Il est reconnu que l'environnement social d'un individu influence sa santé et son bien-être, et ce, peu importe son âge. En 2006, parmi les personnes âgées de 75 ans ou plus vivant en ménage privé, 2 sur 5 vivent seules et sont ainsi plus vulnérables si elles n'ont pas un niveau de soutien social adéquat.

Chez les jeunes, le taux de décrochage scolaire au secondaire a diminué au cours de la dernière décennie, mais il demeure encore trop élevé, surtout chez les garçons (23 %). Quant à la négligence parentale envers les enfants, elle demeure un problème aigu car elle est le motif de la majorité des quelque 8 000 prises en charge effectuées chaque année dans le cadre de la Loi sur la Protection de la jeunesse.

La violence conjugale envers les femmes est également préoccupante car les taux de cas rapportés depuis une dizaine d'années sont en hausse, particulièrement chez les jeunes femmes.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 18

1. L'évolution démographique au Québec :
un vieillissement inéluctable, mais pas de déclin de la population à l'horizon 19

2. Les conditions socioéconomiques des Québécois :
des progrès intéressants et un rattrapage sur les plans canadien et international 26

3. Un bilan positif de la santé des Québécois 32

4. La santé maternelle et fœto-infantile au cœur
des préoccupations de santé publique 40

5. Les habitudes de vie qui influencent la santé :
des progrès accomplis… et à réaliser 50

6. Les maladies chroniques : de plus en plus de Québécois à en être atteints 58

7. La santé buccodentaire et nos habitudes qui l'influencent 70

8. Les maladies infectieuses : des avancées et des reculs 76

9. L'environnement sous l'angle de la santé publique 84

10. Le travail : un déterminant important de la santé des Québécois 92

11. Des accidents et des blessures souvent évitables 100

12. La santé mentale des Québécois :
des fragilités particulières à chaque étape de la vie 108

13. L'environnement social et les problèmes d'adaptation :
des milieux de vie qui influencent la santé et les comportements 116

Conclusion 126

Synthèse québécoise 130

Bibliographie 143

LISTE DES ACRONYMES

ATN: Anomalies du tube neural

caod: Dents cariées, absentes et obturées en denture temporaire

CAOD: Dents cariées, absentes et obturées en denture permanente

CIM-9: Classification internationale des Maladies, 9e Révision

CIM-10: Classification statistique internationale des Maladies et des problèmes de santé connexes, 10e Révision

CO: Monoxyde de carbone

CSST: Commission de la santé et de la sécurité du travail (Québec)

DACD: Diarrhée associée à *Clostridium difficile*

EDTR: Enquête sur la dynamique du travail et du revenu

EPA: Enquête sur la population active

EPLA: Enquête sur la participation et les limitations d'activités

EQSP: Enquête québécoise sur la santé de la population

ETC: Équivalent temps complet

Hib: *Haemophilus influenzae* de type B

IAB: Initiative des amis des bébés

IMC: Indice de masse corporelle

ITSS: Infection transmissible sexuellement et par le sang

IVG: Interruption volontaire de grossesse

MADO: Maladie à déclaration obligatoire

MDDEP: Ministère du Développement durable, Environnement et Parcs (Québec)

OCDE: Organisation de coopération et de développement économiques

PAP: Papanicolaou (Test de)

PNSP: Programme national de santé publique

SARM: *Staphylococcus aureus* résistantes à la méthicilline ou à l'oxacilline

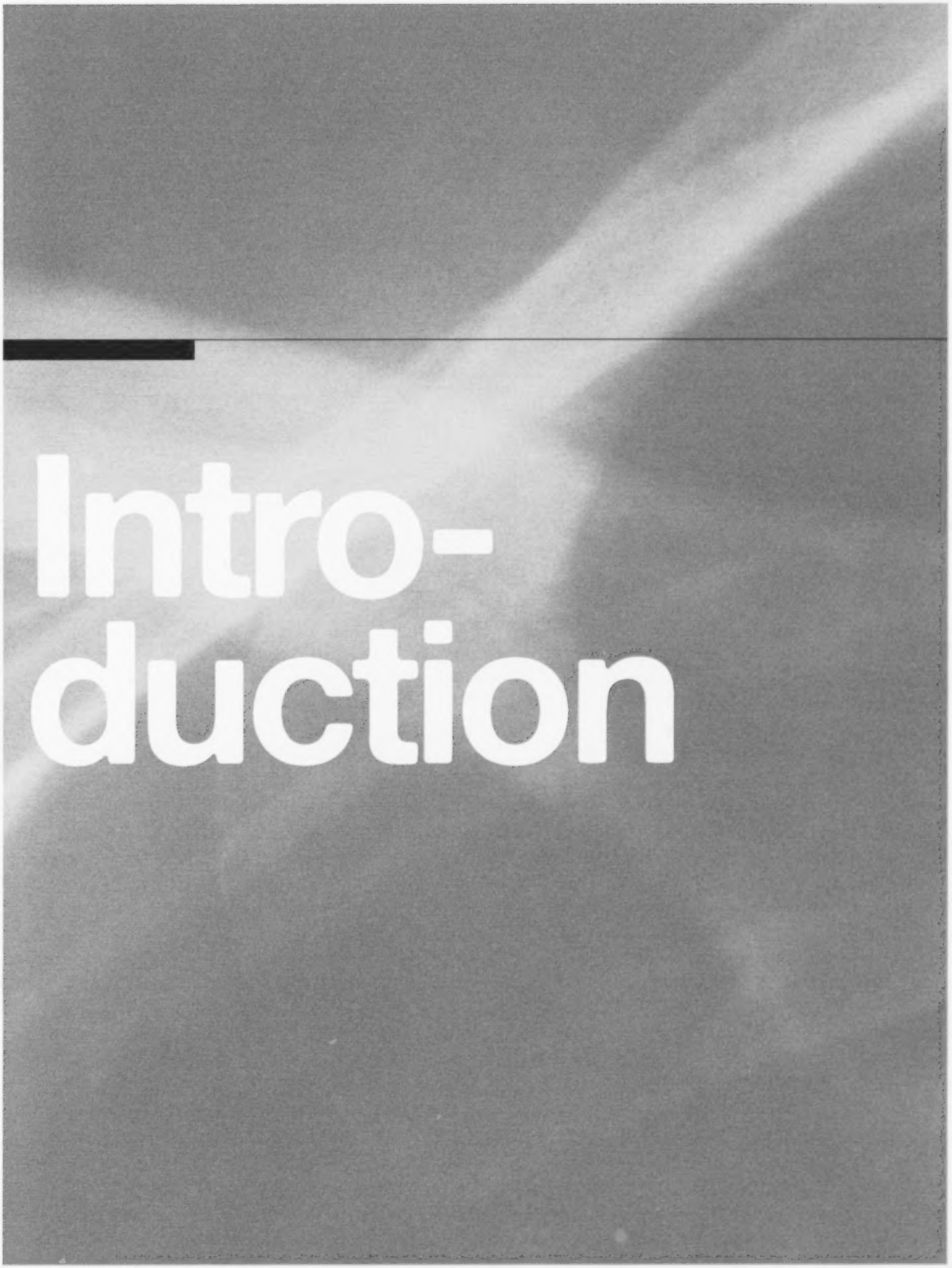
SIPPE: Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

SDQ: Strengths and Difficulties Questionnaire

TMS: Troubles musculo-squelettiques

VIH: Virus de l'immunodéficience humaine

VPH: Virus du papillome humain



Intro-duction

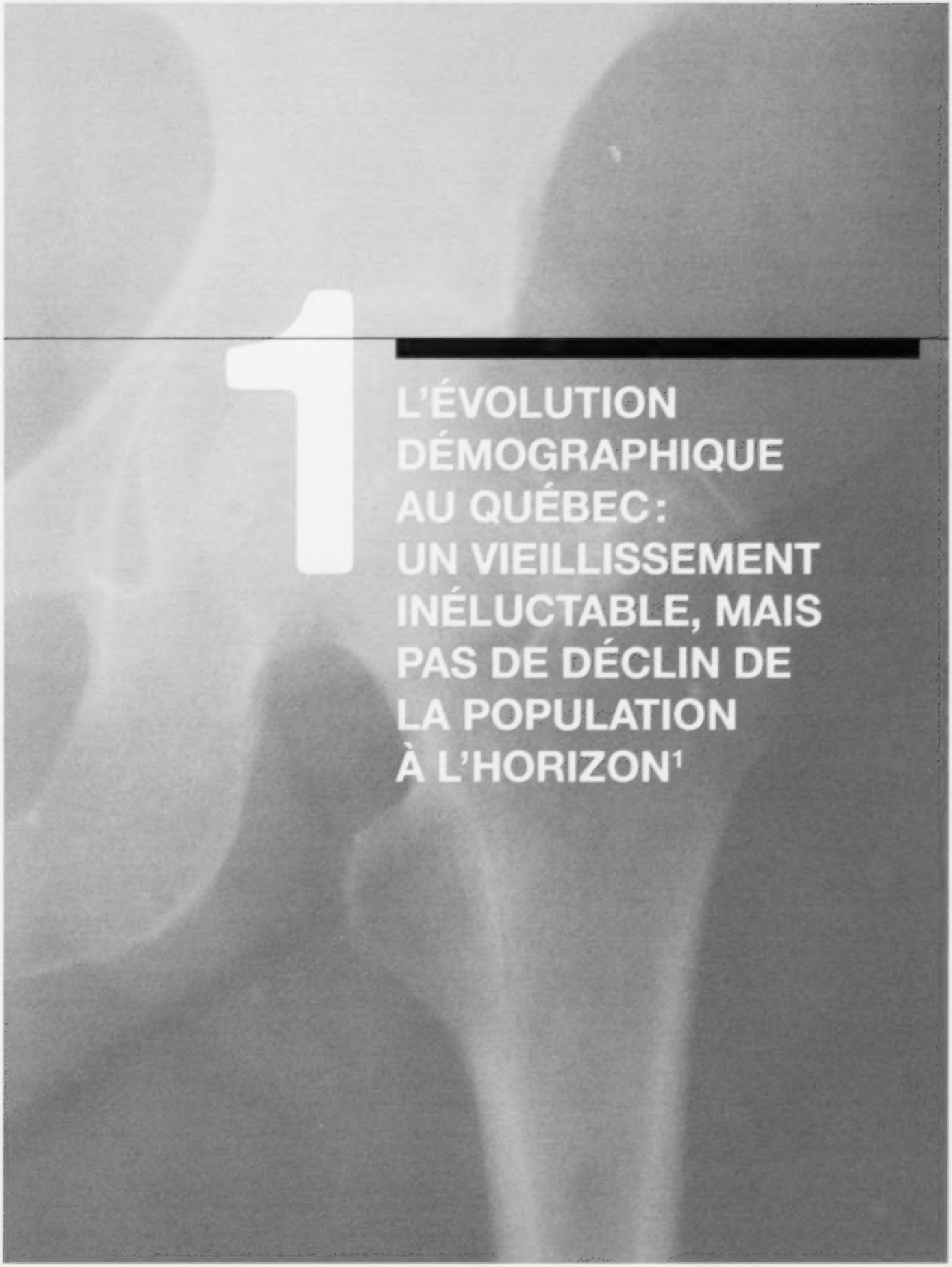
Ce document présente un bilan de la santé de la population québécoise selon 13 thèmes. Ces thèmes concernent les principaux déterminants de la santé et problèmes de santé qui touchent la population québécoise.

Les analyses ont été élaborées principalement à partir du volet statistique du présent rapport, lequel dresse un portrait détaillé à l'échelle du Québec et de ses 18 régions sociosanitaires. Elles ont été complétées par d'autres sources d'informations qui permettent notamment de situer le Québec dans l'ensemble canadien, mais également sur le plan international.

Chacun des thèmes a été choisi pour son importance reconnue en tant que déterminant ou problème de santé. Les 13 thèmes retenus sont les suivants : 1) conditions démographiques ; 2) conditions socioéconomiques ; 3) état de santé globale ; 4) santé des mères et des tout-petits ; 5) habitudes de vie ; 6) maladies chroniques ; 7) santé buccodentaire ; 8) maladies infectieuses ; 9) environnement physique et santé ; 10) santé au travail ; 11) traumatismes non intentionnels ; 12) santé mentale ; 13) environnement social.

En mettant en lumière l'évolution de l'état de santé des Québécois et de ses déterminants, ce bilan permet de mesurer le chemin parcouru au cours des dernières années. Il fait également ressortir les vulnérabilités particulières relatives à l'âge et au sexe, mais aussi aux conditions socioéconomiques lorsque cela est possible. De même, les différences régionales sont soulignées, notamment à l'aide de tableaux montrant les régions qui se distinguent du Québec. De plus, une affiche jointe au document présente les résultats de chaque région par rapport à l'ensemble du Québec pour plusieurs indicateurs.

Bien que les progrès accomplis au cours des dernières décennies soient indéniables, ce portrait de santé soulève de nombreuses pistes de réflexion pour que la santé des Québécois continue de s'améliorer.



1 L'ÉVOLUTION DÉMOGRAPHIQUE AU QUÉBEC : UN VIEILLISSEMENT INÉLUCTABLE, MAIS PAS DE DÉCLIN DE LA POPULATION À L'HORIZON[1]

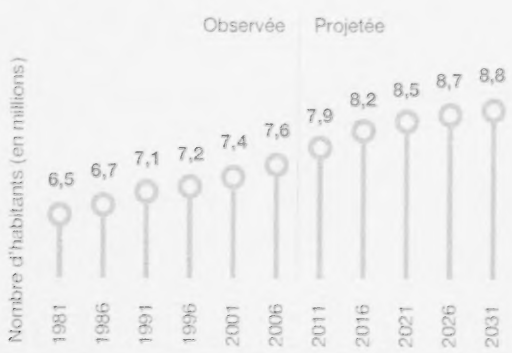
Les naissances, les décès et les mouvements migratoires sont les phénomènes qui déterminent la croissance d'une population. Au cours de la décennie 2000, ces phénomènes ont évolué de manière à améliorer le bilan démographique du Québec et de la plupart de ses régions. Les nouvelles tendances font en sorte que l'on n'anticipe plus de déclin de la population québécoise d'ici 2056. La poursuite et même l'accélération du vieillissement démographique apparaissent toutefois inévitables.

UNE EMBELLIE DÉMOGRAPHIQUE AU COURS DE LA DÉCENNIE 2000

UNE CROISSANCE QUI S'EST ACCÉLÉRÉE

Le Québec devrait franchir le cap des huit millions d'habitants à la fin de 2011 ou au début de 2012. Le seuil des sept millions a été atteint il y a une vingtaine d'années, en 1990. Si la croissance démographique a eu tendance à ralentir au cours de la décennie 1990, elle s'est au contraire accélérée tout au long des années 2000. Le taux d'accroissement annuel moyen a été de 4 pour 1 000 entre le 1er juillet 1996 et le 1er juillet 2001. Il s'est élevé à 6 pour 1 000 en 2001-2006 et devrait dépasser 8 pour 1 000 en 2006-2011.

FIGURE 1.
POPULATION DU QUÉBEC DE 1981 À 2031



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, version janvier 2010.

Malgré cette récente amélioration du bilan démographique, la population du Québec continue de croître plus lentement que celle du Canada. En 2009, année où la croissance québécoise a été de plus de 10 pour 1 000 pour la première fois depuis 1990, l'ensemble du Canada affichait un taux d'accroissement de 11,7 pour 1 000 (Institut de la statistique du Québec, 2010a). L'Ontario, mais surtout les provinces de l'Ouest, ont vu leur population croître plus rapidement que celle du Québec, tandis que la croissance a été moindre dans les provinces de l'Atlantique. Plusieurs pays présentent également un accroissement inférieur à celui du Québec, dont les États-Unis, la France et le Royaume-Uni. Par contre, l'Australie et la Norvège croissent plus rapidement. L'Allemagne et le Japon ont quant à eux vu leur population décroître en 2009, un phénomène observé depuis quelques années.

1. Les droits d'auteur du contenu de cette section appartiennent à l'Institut de la statistique du Québec. Toute demande de reproduction en tout ou en partie du contenu de cette section doit faire l'objet d'une demande d'autorisation auprès de l'Institut de la statistique du Québec.

UN ACCROISSEMENT NATUREL RENFORCÉ PAR DES NAISSANCES PLUS NOMBREUSES

La croissance accélérée de la population du Québec au cours des années 2000 est en partie attribuable à un redressement non négligeable de l'accroissement naturel dans la deuxième moitié de la décennie. L'accroissement naturel est la portion de la croissance démographique due à l'excédent des naissances sur les décès. Cet excédent a représenté un peu plus de 31 000 personnes en 2009, tandis qu'il a été inférieur à 20 000 personnes annuellement de 1999 à 2004. Cette évolution de l'accroissement naturel résulte principalement d'une hausse des naissances. Amorcée en 2003, cette augmentation a été particulièrement marquée en 2006 et s'est poursuivie jusqu'en 2009. Selon les données provisoires, 88 600 bébés sont nés au Québec en 2009, soit 20 % de plus que 10 ans auparavant. Au cours de la décennie 1990, c'est plutôt une réduction de 20 % qui avait été enregistrée.

FIGURE 2.
NAISSANCES, DÉCÈS, ACCROISSEMENT NATUREL ET ACCROISSEMENT MIGRATOIRE AU QUÉBEC DE 1981 À 2009

Source : Institut de la statistique du Québec, 2010a.

Le nombre de naissances dépend de deux facteurs, soit l'intensité de la fécondité et le nombre de femmes en âge d'avoir des enfants. C'est principalement une fécondité plus élevée qui explique la récente hausse des naissances, puisque le nombre de femmes aux principaux âges de maternité n'a que faiblement augmenté durant les années 2000. En 2009, l'indice synthétique de fécondité, qui permet de mesurer l'intensité de la fécondité d'une année donnée, s'établit à 1,73 enfant par femme, tandis qu'il était inférieur à 1,5 dix ans auparavant. Soulignons par ailleurs que les femmes ont leurs enfants de plus en plus tardivement. L'âge moyen à la maternité s'élève à 29,8 en 2009, ce qui représente 1 an de plus qu'au début de la décennie (Institut de la statistique du Québec, 2010a).

Depuis 2006, la fécondité du Québec dépasse légèrement la moyenne canadienne. La situation inverse s'observait de 1960 à 2005. De même, le Québec a une fécondité supérieure à celle de plusieurs pays industrialisés, dont le Japon, l'Allemagne et le Portugal, ces derniers affichant un indice inférieur à 1,4 enfant par femme en 2009. En revanche, le Québec n'atteint pas le niveau de fécondité des pays scandinaves, de la France et du Royaume-Uni, niveau qui se situe entre 1,9 et 2,1 enfants par femme (Commission européenne, 2011). La fécondité dépasse de peu 2 enfants par femme au Mexique et aux États-Unis (Organisation de coopération et de développement économiques, 2010b).

Le nombre de décès enregistrés au Québec présente quant à lui une tendance à la hausse assez régulière, mais celle-ci a été relativement modeste au cours des dernières années, beaucoup moins importante que celle des naissances: les 57 200 décès de 2009 (donnée provisoire) représentent une augmentation de 4 % par rapport à 1999. Ce sont des gains en espérance de vie qui expliquent que les décès ne se soient que faiblement accrus malgré une population croissante et vieillissante.

L'ACCROISSEMENT MIGRATOIRE SURPASSE L'ACCROISSEMENT NATUREL

L'accroissement migratoire (ou migration nette) est l'autre grande composante qui explique la croissance de la population québécoise. Depuis 2001, l'accroissement migratoire a généralement surpassé l'accroissement naturel. En 2009, l'accroissement migratoire a été de 38 600 personnes, ce qui dépasse largement les gains, inférieurs à 10 000, enregistrés dans la deuxième moitié de la décennie 1990. L'accroissement migratoire est le résultat de deux types de mouvements: les migrations internationales, source de gains de population pour le Québec, et les migrations interprovinciales, entraînant plutôt des pertes. L'évolution à la hausse de l'accroissement migratoire au cours des dernières années résulte de l'arrivée d'un nombre accru d'immigrants et de pertes interprovinciales moindres.

En raison des volumes d'admissions plus importants, le nombre d'immigrants résidant au Québec et leur part dans la population se sont élevés. Tandis qu'on dénombrait 522 200 immigrants au recensement de 1981, ce nombre était de 851 600 en 2006. Quant à leur poids démographique, il est passé de 8,3 % à 11,5 % au cours de cette période. Cette part, bien qu'elle soit en hausse, est toutefois relativement faible si on la compare à celle observée à l'échelle canadienne, soit 19,8 %. En 2006, le poids démographique des personnes nées à l'étranger dépasse 20 % en Australie et en Nouvelle-Zélande. Il est de 13 % aux États-Unis et en Suède, et de moins de 10 % en France, au Royaume-Uni et en Norvège (Organisation de coopération et de développement économiques, 2010a).

PAS DE DÉCLIN ANTICIPÉ À L'HORIZON, MAIS UNE CROISSANCE QUI RALENTIT

Selon les plus récentes perspectives démographiques, qui prennent en compte les nouvelles tendances en matière de fécondité et d'immigration, le Québec ne devrait pas connaître de déclin de sa population d'ici 2056 (Institut de la statistique du Québec, 2009).

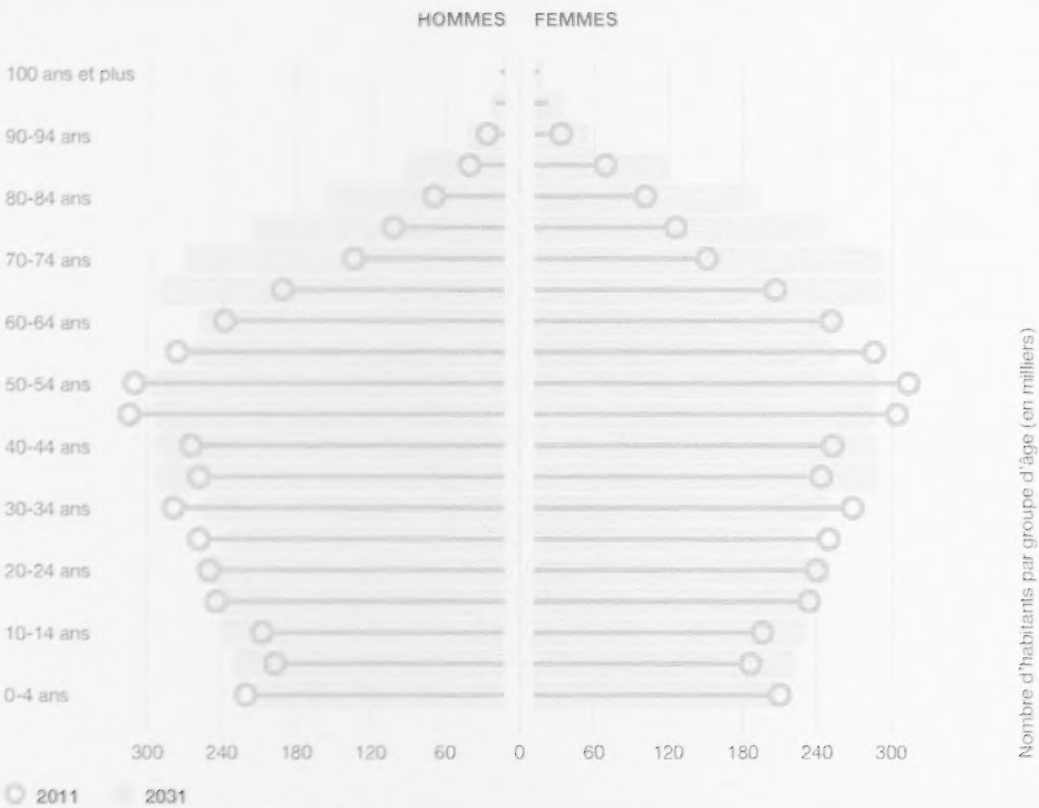
Le Québec pourrait compter neuf millions d'habitants vers 2040. S'il a fallu une vingtaine d'années pour que la population s'élève de sept à huit millions, près de trente ans seraient nécessaires pour qu'elle s'accroisse d'un million de personnes additionnelles. Cela est attribuable au fait que, même si la croissance demeure positive tout au long de la période de projection, elle devrait diminuer d'année en année, indiquant que la population croîtra, mais de plus en plus lentement.

UN VIEILLISSEMENT RAPIDE DE LA POPULATION

Au cours des prochaines décennies, la population québécoise continuera de vieillir, et ce, à un rythme de plus en plus rapide. Ce vieillissement est inscrit dans la structure par âge actuelle de la population ; il est notamment la conséquence de l'importante chute de la fécondité qui a suivi le *baby-boom* des années 1946-1966. Au cours de cette période, plus de 110 000 naissances étaient enregistrées chaque année. Aucune des générations suivantes n'a été aussi nombreuse. Le passage des *baby-boomers* à travers les âges modifie donc grandement la structure par âge de la population. Par exemple, à mesure que ces derniers vieillissent, l'âge médian – qui sépare la population en deux groupes égaux – augmente. Alors que la moitié de la population était âgée de moins de 25 ans au début des années 1970, l'âge médian a dépassé 41 ans à la fin des années 2000.

En 2011, les plus âgés des *baby-boomers* franchissent le seuil du troisième âge, traditionnellement établi à 65 ans. On compte actuellement un peu plus de 1,2 million d'aînés au Québec, ceux-ci représentant 16 % de la population totale. Leur nombre pourrait presque doubler d'ici 2031 pour s'établir à 2,3 millions (Institut de la statistique du Québec, 2009). Environ 1 Québécois sur 4 serait alors âgé de 65 ans et plus.

FIGURE 3.
PYRAMIDE DES ÂGES DU QUÉBEC EN 2011 ET 2031



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Service du développement de l'information, version janvier 2010.

En 2010, le poids démographique des aînés est légèrement moindre au Canada (14 %) et aux États-Unis (13 %) qu'au Québec. Au contraire, la part des personnes âgées de 65 ans et plus se situe déjà à 23 % au Japon (Population Reference Bureau, 2010). Elle atteint 20 % en Allemagne et en Italie, et est également supérieure à celle du Québec dans la plupart des autres pays européens (Commission européenne, 2011).

DES RÉGIONS EN CROISSANCE, D'AUTRES EN DÉCROISSANCE, MAIS TOUTES VIEILLISSANTES

La plupart des régions du Québec ont amélioré leur bilan démographique dans la deuxième moitié des années 2000, ce qui se traduit par de meilleurs taux d'accroissement. On observe toutefois une grande diversité quant à l'intensité de leur croissance démographique et à l'importance respective des différents facteurs d'accroissement dans chacune d'elles.

Plusieurs régions sociosanitaires ont affiché une assez forte croissance démographique au cours de la décennie 2000, supérieure à 10 pour 1 000 (1 %) annuellement en moyenne. Parmi ces régions, on trouve les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nunavik. L'accroissement naturel est le principal facteur de croissance de ces deux régions. Leur population est concentrée dans les groupes d'âge plus jeunes, ce qui favorise un important surplus de naissances par rapport aux décès. Par ailleurs, la fécondité y est largement supérieure à la moyenne québécoise et dépasse le seuil de renouvellement des générations.

Outre ces deux régions nordiques, ce sont les régions adjacentes à Montréal (Laval, Lanaudière, Laurentides et Montérégie) ainsi que l'Outaouais qui présentent les taux d'accroissement les plus élevés. La plupart des facteurs d'accroissement leur sont favorables. La fécondité s'y est accrue dans les dernières années, et elles sont avantagées par le fait que les femmes y font un peu plus d'enfants en moyenne que dans l'ensemble du Québec. De plus, ces régions attirent chaque année un bon nombre de résidents des autres régions du Québec et accueillent de plus en plus d'immigrants.

À l'opposé, le Bas-Saint-Laurent, le Saguenay–Lac-Saint-Jean, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, le Nord-du-Québec et la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine ont tous vu leur population se réduire entre le début et la fin de la décennie 2000, principalement sous l'effet des échanges migratoires déficitaires avec les autres régions du Québec. En Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, un accroissement naturel négatif s'ajoute comme facteur de décroissance. Partout, le déclin s'est toutefois grandement ralenti dans la deuxième moitié de la décennie, l'Abitibi-Témiscamingue enregistrant même une faible croissance. Cette évolution s'explique par une meilleure capacité à retenir leurs résidents et une hausse de la fécondité.

En ce qui a trait à la structure par âge, le processus de vieillissement s'observe dans toutes les régions du Québec. Il a toutefois été beaucoup plus accentué dans certaines d'entre elles. Avec un âge médian de plus de 48 ans à la fin des années 2000 — comparativement à 41 ans dans l'ensemble du Québec —, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine est la région la plus âgée du Québec. Le Bas-Saint-Laurent suit de près avec un âge médian d'environ 47 ans. Dans ces 2 régions, 1 personne sur 5 est âgée de 65 ans et plus. Des déficits migratoires chez les jeunes et une assez faible fécondité ont contribué à leur vieillissement plus rapide. Parmi les autres régions plus âgées que la moyenne québécoise, mentionnons le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Mauricie et Centre-du-Québec ainsi que la Capitale-Nationale, dont l'âge médian se situe entre 43 et 46 ans.

Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James sont quant à elles dans une catégorie à part. En raison de leur fécondité beaucoup plus élevée et d'une mortalité un peu plus forte, elles sont de loin les plus jeunes régions du Québec. Environ la moitié de la population y est âgée de moins de 25 ans.

Toutes les régions connaîtront une croissance importante du nombre de personnes âgées de 65 ans et plus au cours des prochaines années. En 2031, celles-ci seront partout au moins deux fois plus nombreuses qu'en 2006, sauf à Montréal où leur croissance devrait être plus modérée. Soulignons que la part des personnes âgées sera particulièrement élevée dans certaines régions, comptant même pour plus du tiers de la population de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Bas-Saint-Laurent et du Saguenay–Lac-Saint-Jean en 2031. Ailleurs, cette part devrait se situer entre 20 % et 30 %, sauf dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James et au Nunavik, où elle serait d'environ 10 %. Ces deux dernières régions sont les seules où les jeunes de moins de 15 ans pourraient être plus nombreux que les aînés en 2031.

LES RÉGIONS EN 2031

Si le passé récent est gage de l'avenir, les régions considérées comme les pôles de croissance devraient maintenir une vitalité démographique supérieure à la moyenne québécoise au cours des deux prochaines décennies. En 2031, la population du Québec pourrait s'être accrue de 16 % par rapport à 2006. Dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James et au Nunavik, cette croissance serait de 33 % et 17 % respectivement, tandis qu'elle varierait entre 22 % et 38 % dans le cas de l'Outaouais et des quatre régions adjacentes à Montréal (Institut de la statistique du Québec, 2009). Ces régions seraient les seules, avec Montréal, où l'accroissement naturel serait encore positif en 2031.

Fait intéressant, les résultats des perspectives démographiques montrent une quasi-stabilité de la population en Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine et au Bas-Saint-Laurent, avec des pertes totales d'à peine 1 % entre 2006 et 2031.

EN PERSPECTIVE

Sur le plan démographique, la décennie 2000 se termine sur une note positive pour le Québec. La croissance de la population s'est en effet accélérée au cours des dix dernières années, alimentée notamment par la hausse des naissances et de l'immigration. Ce bilan contraste avec celui de la décennie précédente, au cours de laquelle la croissance s'était réduite, et modifie notre vision de l'avenir démographique du Québec. Si la situation qui existait à la fin des années 1990 laissait entrevoir une décroissance à partir des années 2030, la projection des tendances récentes indique plutôt que la population québécoise pourrait continuer de croître au moins jusque dans les années 2050.

Le rythme de la croissance sera toutefois grandement ralenti par les changements à venir dans la structure par âge de la population. Le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus devrait doubler d'ici 2031, conséquence de l'arrivée dans ce groupe d'âge des cohortes nombreuses du *baby-boom*. En raison d'une population accrue aux âges où la mortalité est élevée, le nombre de décès va s'accroître et il devrait progressivement rattraper, puis dépasser le nombre de naissances. Soulignons que le processus de vieillissement de la population n'est pas propre au Québec. Il est commun à toutes les sociétés occidentales et est déjà très avancé dans des pays comme le Japon et l'Allemagne.

2 LES CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES DES QUÉBÉCOIS : DES PROGRÈS INTÉRESSANTS ET UN RATTRAPAGE SUR LES PLANS CANADIEN ET INTERNATIONAL

Les conditions socioéconomiques sont un déterminant incontournable de la santé d'une population. Elles peuvent directement influencer la santé à travers les conditions matérielles de subsistance des individus, soit leur capacité à bien se nourrir, la qualité de leur logement, leur capacité à recourir à certains soins et services de santé, etc. Mais elles agissent aussi par leurs effets sur un grand nombre d'autres déterminants tels que les comportements individuels et habitudes de vie ou l'épanouissement social, qui sont autant de facteurs de risque auxquels un individu est exposé au cours de sa vie (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010a). Dans ce chapitre, le portrait des conditions socioéconomiques des Québécois est dressé à partir de quelques indicateurs relatifs à la scolarité, à l'emploi et au revenu.

LES SOURCES DE DONNÉES ET LEURS LIMITES

En général, il existe deux catégories de sources de données sur les caractéristiques socioéconomiques, soit les enquêtes et le recensement. L'Enquête sur la population active (EPA) et l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) fournissent de l'information sur une base annuelle, mais pour un échantillon qui ne permet pas de couvrir toutes les régions du Québec. Le recensement offre des renseignements sur toutes les régions, mais seulement tous les cinq ans, et la dernière année disponible remonte à 2006.

UNE POPULATION DE PLUS EN PLUS SCOLARISÉE

En 2010, près du quart de la population âgée de 25 à 64 ans possède un grade universitaire. Cela constitue une progression remarquable, car cette proportion est passée de 12 % à 24 % entre 1991 et 2010. De plus, la proportion des personnes sans diplôme d'études secondaires a diminué de plus de moitié. Quatre régions affichent des proportions de gradués universitaires supérieures à la moyenne québécoise : Montréal, Laval, Outaouais et Capitale-Nationale.

UNE AMÉLIORATION SOUTENUE DE L'EMPLOI STOPPÉE PAR LA RÉCESSION DE 2009

Le taux de chômage constitue l'indicateur le plus souvent utilisé pour suivre la situation de l'emploi. Il permet ainsi de connaître, parmi la population active, la proportion de personnes qui cherchent un emploi.

On a assisté au Québec à une baisse assez régulière du taux de chômage entre 1993 et 2008. Le taux est ainsi passé d'un sommet de 13,2 % à un plancher de 7,2 %. L'indice du chômage a cependant augmenté avec la dernière récession à 8,5 % en 2009, mais a reculé à 8,0 % en 2010. Les données tirées de l'EPA pour 2010 et du recensement pour 2006 montrent que les taux de chômage les plus élevés concernent les régions du Nunavik, de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, des Terres-Cries-de-la-Baie-James, du Nord-du-Québec, du Bas-Saint-Laurent et de Montréal.

LA PRÉCARITÉ ÉCONOMIQUE AU QUÉBEC : TOUJOURS D'ACTUALITÉ

La situation du revenu au Québec peut être examinée sous différents angles, par exemple les personnes vivant sous le seuil de faible revenu, le revenu personnel par habitant, les prestataires de l'assistance sociale, les personnes recevant le supplément de revenu garanti et enfin les personnes connaissant de l'insécurité alimentaire par manque d'argent.

De manière générale, la situation est plus favorable à la fin de la première décennie des années 2000 qu'au cours des décennies précédentes. On observe notamment que la proportion de prestataires de l'assistance sociale de moins de 65 ans est passée, depuis 2005, sous le seuil record de 8 %. Chez les personnes de 65 ans et plus, en 2010, moins de 4 % reçoivent le montant maximal du supplément de revenu garanti. Enfin, les différents indicateurs sur le faible revenu affichent depuis 2000 des résultats plus favorables que durant les années 1980 et 1990.

Les personnes vivant sous le seuil de faible revenu et les prestataires de l'assistance sociale présentent des concentrations importantes dans les régions de Montréal, de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et de la Mauricie et Centre-du-Québec. En ce qui concerne l'insécurité alimentaire par manque d'argent, seule la région de Montréal présente un pourcentage supérieur à la moyenne québécoise.

DES COMPARAISONS CANADIENNES QUI S'AMÉLIORENT

Comparativement aux autres provinces canadiennes, le Québec a connu une amélioration de sa situation au cours des dernières années, se situant au milieu du peloton pour la plupart des indicateurs socioéconomiques.

Comparativement à l'ensemble du Canada, le Québec affiche en 2010 une proportion un peu plus faible de gradués universitaires (24 % versus 26 %), mais seulement quatre provinces affichent des valeurs égales ou supérieures à celles du Québec : Ontario (30 %), Colombie-Britannique (28 %), Alberta (25 %) et Nouvelle-Écosse (24 %) (Statistique Canada, 2011a).

Historiquement, le Québec a toujours enregistré un taux de chômage plus élevé que celui du Canada dans son ensemble. Mais depuis la récession de 2009, les taux québécois et canadiens sont similaires. Les données pour 2010 montrent que seules les trois provinces des Prairies et la Colombie-Britannique affichent des taux inférieurs à celui du Québec, alors que l'Ontario présente un taux légèrement supérieur (Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

Lorsqu'il est comparé aux autres provinces canadiennes quant au seuil de faible revenu ou à la mesure de faible revenu avant ou après impôt, le Québec présente généralement une situation défavorable. Ces indicateurs ne permettent cependant pas de tenir compte du fait que le coût de la vie y est moins élevé que dans les autres provinces. En effet, en utilisant la Mesure du panier de consommation, la proportion de personnes à faible revenu au Québec en 2009 est inférieure à celle observée à l'échelle de l'ensemble du Canada (9,5 % versus 10,6 %). Le Québec vient au deuxième rang avec la Saskatchewan, n'étant précédé que par l'Île-du-Prince-Édouard.

LA MESURE DU PANIER DE CONSOMMATION

La Mesure du panier de consommation vise à estimer un niveau de vie qui se situe entre le seuil de subsistance et l'inclusion sociale tout en tenant compte des variations du coût de la vie entre les régions. La Mesure du panier de consommation représente le coût d'un panier qui comprend un régime alimentaire nutritif, des vêtements et des chaussures, un loyer, le transport et d'autres biens et services nécessaires (comme des articles de soins personnels et des articles ménagers). Le coût du panier est comparé au revenu disponible pour chaque famille afin de déterminer les taux de faible revenu (Statistique Canada, 2011b).

FIGURE 4.
CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES, COMPARAISONS CANADIENNES

	POPULATION DE 25-64 ANS AYANT UN GRADE UNIVERSITAIRE (2010)	TAUX DE CHÔMAGE (2010)	POPULATION À FAIBLE REVENU SELON LA MESURE DU PANIER DE CONSOMMATION (2009)
	%	%	%
Canada	26,4	8,0	10,6
QUÉBEC	**23,9**	**8,0**	**9,5**
(rang)	(5/10)	(5/10)	(2/10)
Terre-Neuve-et-Labrador	15,2	14,4	13,2
Île-du-Prince-Édouard	22,3	11,2	8,8
Nouvelle-Écosse	24,0	9,3	13,1
Nouveau-Brunswick	18,8	9,3	11,2
Ontario	29,7	8,7	10,5
Manitoba	23,8	5,4	9,7
Saskatchewan	20,2	5,2	9,5
Alberta	24,6	6,5	9,9
Colombie-Britannique	27,9	7,6	13,0

Sources : Statistique Canada, 2011a ; Statistique Canada, 2011b ; Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2011.

DES GAINS ENCORE POSSIBLES AU QUÉBEC AU REGARD DE LA SITUATION INTERNATIONALE

Les données disponibles permettant de comparer les conditions socioéconomiques du Québec à celles des principaux pays industrialisés sont plutôt restreintes. Trois indicateurs ont été retenus pour effectuer les comparaisons : le taux d'obtention d'un diplôme de fin d'études secondaires, le taux de chômage et le revenu personnel disponible par habitant.

En matière de scolarisation, selon les statistiques sur le taux d'obtention d'un diplôme de fin d'études secondaires, le Québec affiche une situation plutôt favorable. Ainsi, en 2007, 91 % des élèves obtiennent un diplôme du secondaire, une valeur supérieure à celle du Canada (78 %) et à la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (82 %). Le Québec se classe au 6e rang des 17 pays pour lesquels la donnée est disponible, devancé par l'Allemagne (100 %), la Finlande (97 %), la Grèce (96 %), le Japon (93 %) et la Norvège (92 %).

Sur le plan de l'emploi, bien que la récession de 2009 semble les avoir moins touchés que bien d'autres pays industrialisés, le Québec et le Canada montrent des taux de chômage relativement élevés. Sur les 22 pays retenus, le Québec et le Canada se classent respectivement aux 16e et 15e rangs. Ainsi, le taux de chômage au Québec en 2009 est de 8,5 %, tandis qu'il est inférieur à 6 % dans plusieurs pays (Norvège, Pays-Bas, Suisse, Autriche, Japon, Australie).

Enfin, le revenu personnel disponible par habitant (après paiement des impôts directs et diverses autres dépenses) permet de comparer le pouvoir d'achat des Québécois à celui des habitants des principaux pays industrialisés. Ainsi, en 2009, le Québec se situe au milieu du classement avec un revenu personnel par habitant de 21 742 $. Le Québec figure derrière 10 pays, dont le Canada (23 919 $), qui vient au 4e rang, mais devant des pays du G8 comme la France (21 647 $), l'Italie (20 857 $) et le Japon (19 689 $).

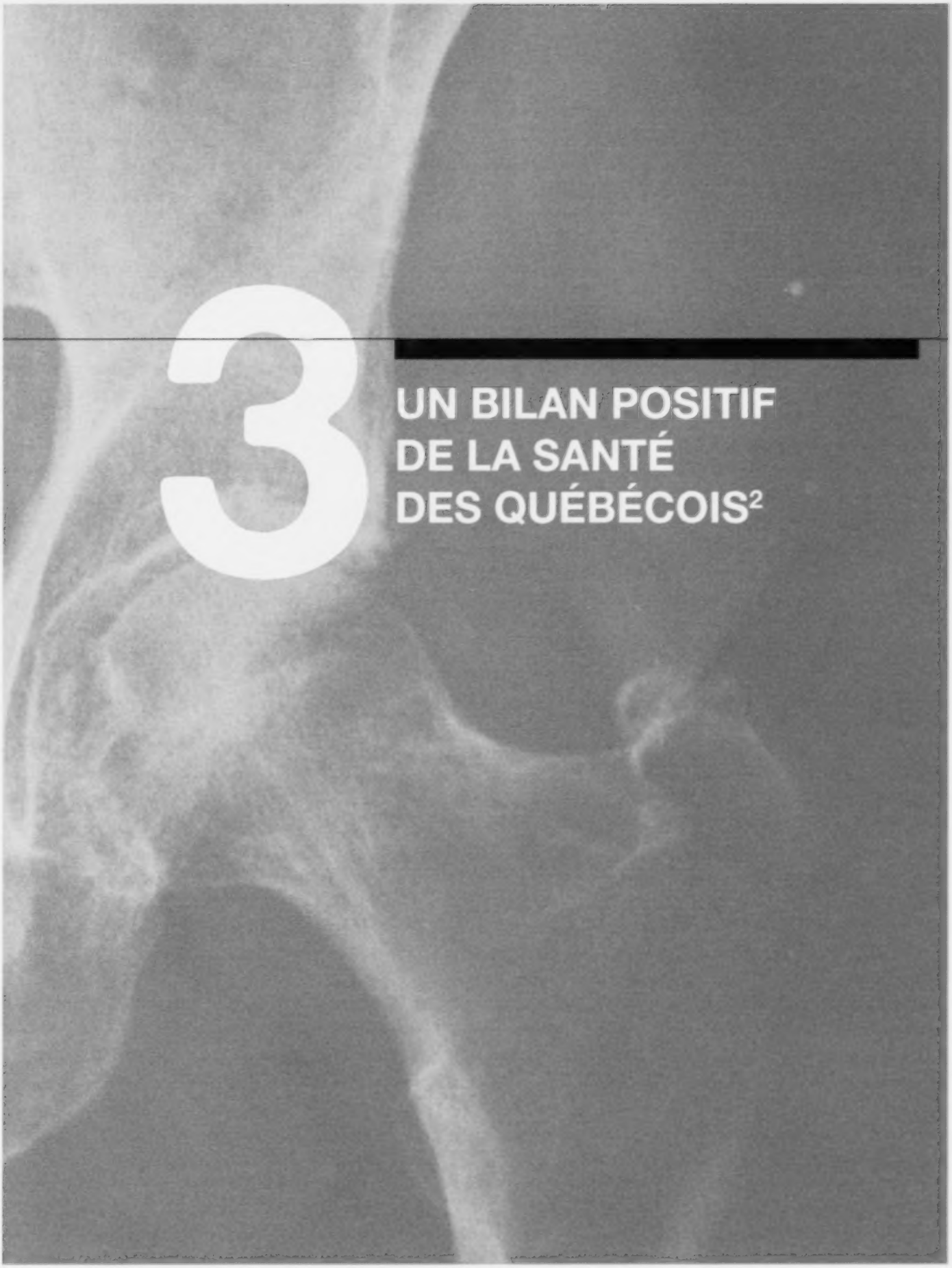
FIGURE 5.
CONDITIONS SOCIOÉCONOMIQUES, COMPARAISONS INTERNATIONALES

	TAUX D'OBTENTION D'UN DIPLÔME DE FIN D'ÉTUDES SECONDAIRES (2007)	TAUX DE CHÔMAGE (2009)	REVENU PERSONNEL DISPONIBLE PAR HABITANT (2009)
	%	%	$ américain
QUÉBEC	**91**	**8,5**	**21 742**
(rang)	**(6/17)**	**(16/22)**	**(11/20)**
Canada	78	8,3	23 919
Allemagne	100	7,5	23 562
Autriche	ND	4,8	23 547
Australie	ND	5,6	23 112
Belgique	ND	7,9	21 731
Danemark	85	6,0	16 649
Espagne	74	18,0	21 471
États-Unis	78	9,3	35 893
Finlande	97	8,2	20 118
France	ND	9,5	21 647
Grèce	96	9,5	ND
Irlande	90	11,9	22 403
Italie	85	7,8	20 857
Japon	93	5,1	19 689
Norvège	92	3,1	24 902
Nouvelle-Zélande	74	6,1	ND
Pays-Bas	ND	3,7	18 776
Portugal	65	9,6	16 062
Royaume-Uni	89	7,6	23 187
Suède	74	8,3	19 505
Suisse	89	4,4	26 725

ND Non disponible.
Sources: ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 2010; Institut de la statistique du Québec, 2011.

EN PERSPECTIVE

En matière de scolarisation, de l'emploi et du revenu, le Québec a enregistré au cours de la dernière décennie des progrès intéressants qui lui ont permis de diminuer le retard historique avec le Canada et de mieux se positionner sur le plan international. Cependant, des écarts importants entre les régions du Québec persistent. La région de Montréal continue de présenter une concentration de personnes défavorisées (taux de chômage élevé et insécurité alimentaire par manque d'argent) tout en affichant une proportion élevée d'universitaires. Ce ne sont pas toutes les catégories de la société québécoise qui bénéficient de l'amélioration des conditions socioéconomiques, et la réduction des inégalités sociales est loin d'être accomplie.



3 UN BILAN POSITIF DE LA SANTÉ DES QUÉBÉCOIS[2]

Quand on parle de l'état de santé d'une population, de quoi parle-t-on exactement? La plupart des personnes font allusion à l'absence de maladie, physique ou mentale, et probablement à la durée de la vie. Certes, nous souhaitons tous jouir d'une santé parfaite et mourir subitement à un âge avancé, mais la réalité est souvent fort différente. Ce chapitre traite de certains indicateurs relatifs à l'état de santé globale de la population québécoise tels que la perception de la santé, l'évolution de la mortalité, la qualité de vie et les hospitalisations. Certains aspects qui sont à surveiller de plus près sont aussi abordés.

LA SANTÉ PERÇUE : UNE FAÇON SIMPLE ET DIRECTE D'ÉVALUER L'ÉTAT DE SANTÉ DES QUÉBÉCOIS

La perception que les personnes ont de leur santé est reconnue comme une mesure fiable et valide de l'état de santé d'une population (Shields et Shooshtari, 2001), et cet indicateur se trouve dans la plupart des enquêtes de santé.

En 2007-2008, environ 1 personne de 12 ans et plus sur 10 perçoit son état de santé de façon négative (santé passable ou mauvaise). Cette proportion n'a guère varié depuis au moins deux décennies. Cependant, le Québec se distingue de l'ensemble du Canada par une plus faible proportion de personnes ne se percevant pas en bonne santé (Statistique Canada, 2011c).

En 2003 comme en 2000-2001, les femmes sont un peu plus nombreuses en proportion que les hommes à considérer leur santé comme passable ou mauvaise. En 2007-2008, elles semblent de moins en moins nombreuses à considérer leur santé ainsi. En effet, les femmes et les hommes évaluent leur santé de façon à peu près similaire.

La perception négative de la santé s'accroît rapidement avec l'âge. La proportion des personnes ne se déclarant pas en bonne santé n'est que de 4 % chez les 12-24 ans et de 5 % chez les 25-44 ans. Elle augmente toutefois à 12 % chez les 45-64 ans et à 23 % chez les 65 ans et plus. L'augmentation de la perception négative de sa santé avec l'âge est étroitement liée à la présence de maladies chroniques et d'incapacités (Camirand et autres, 2009). Néanmoins, d'une enquête à l'autre, la perception négative de la santé tend à diminuer chez les deux groupes les plus âgés.

2. Les droits d'auteur du contenu de cette section appartiennent à l'Institut de la statistique du Québec. Toute demande de reproduction en tout ou en partie du contenu de cette section doit faire l'objet d'une demande d'autorisation auprès de l'Institut de la statistique du Québec.

L'ESPÉRANCE DE VIE : TOUJOURS EN PROGRESSION

L'espérance de vie et les taux de mortalité par cause sont des indicateurs clés de l'état de santé d'une population.

L'ESPÉRANCE DE VIE

L'ESPÉRANCE DE VIE REPRÉSENTE LA DURÉE DE VIE MOYENNE QU'UNE PERSONNE PEUT ESPÉRER VIVRE SI ELLE RESTE SOUMISE TOUTE SA VIE AUX MÊMES TAUX DE MORTALITÉ PAR ÂGE QUE CEUX OBSERVÉS AU COURS D'UNE ANNÉE OU D'UNE PÉRIODE DONNÉE.

Au Québec, l'espérance de vie a augmenté de façon presque continue depuis 1981 et se situe à 81,2 ans en 2008. Deux constats se dégagent de l'évolution de la mortalité selon le sexe : la mortalité des femmes demeure toujours inférieure à celle des hommes, mais les gains des hommes réalisés au cours des dernières années sont plus importants que ceux des femmes. L'évolution de l'espérance de vie l'illustre : bien que celle des femmes reste supérieure à celle des hommes, l'écart entre les sexes a diminué au fil du temps. Les gains notés chez les hommes depuis plus de 10 ans sont presque le double de ceux observés chez les femmes : 7,6 ans comparativement à 4,3 ans.

À l'échelle canadienne, seules les provinces de l'Ontario et de la Colombie-Britannique présentent des espérances de vie supérieures à celle du Québec (Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2011). Sur le plan international, quelques pays seulement présentent une valeur qui surpasse celle enregistrée au Québec (Organisation de coopération et de développement économiques, 2011).

FIGURE 6.
ESPÉRANCE DE VIE À LA NAISSANCE AU QUÉBEC DE 1981 À 2008

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version mai 2011.

UN PROFIL DE LA MORTALITÉ DIFFÉRENCIÉ SELON L'ÂGE ET LE SEXE

L'augmentation de l'espérance de vie des Québécois résulte de la réduction de la mortalité observée pour plusieurs causes importantes de décès, dont les maladies de l'appareil circulatoire, de l'appareil respiratoire ou de l'appareil digestif, les traumatismes non intentionnels et le suicide. La chute de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a été particulièrement spectaculaire : le taux de mortalité est passé de 315 décès à 192 pour 100 000 entre 1995-1999 et 2005-2008. Alors que ces maladies causaient le tiers des décès en 1981, elles comptent pour le quart de la mortalité en 2008. Le Québec fait très bonne figure en matière de mortalité cardiovasculaire lorsqu'il est comparé aux autres provinces canadiennes et même à d'autres pays (Institut national de santé publique du Québec, 2010a). Cependant, parallèlement aux gains importants réalisés notamment en matière de mortalité cardiovasculaire, une ombre au tableau demeure, soit la stagnation des décès par tumeurs malignes.

De façon globale, la mortalité suit un modèle classique de progression croissante avec l'âge, et la baisse de la mortalité dans le temps atteint tous les groupes d'âge, incluant les plus âgés. En effet, les gains réalisés pour l'espérance de vie se font aussi sentir chez les personnes âgées. Les hommes atteignant 65 ans peuvent en effet espérer vivre jusqu'à 83,0 ans, et les femmes, jusqu'à 86,4 ans.

Les différentes causes de mortalité n'affectent pas tous les Québécois de la même façon : on ne meurt généralement pas des mêmes causes selon que l'on est jeune ou âgé. Ce sont les traumatismes non intentionnels qui coûtent le plus souvent la vie aux jeunes de 1 à 19 ans. Le suicide est la cause de mortalité dominante pour les jeunes adultes de 25 à 44 ans, alors que ce sont les tumeurs malignes qui dominent pour les personnes âgées de 45 à 74 ans. Enfin, les Québécois ayant atteint l'âge de 75 ans sont plus susceptibles de mourir d'une maladie de l'appareil circulatoire que de toute autre cause.

En dépit d'indicateurs de mortalité qui progressent de façon encourageante à l'échelle du Québec, le Québec affiche des disparités régionales profondes. En particulier, plusieurs régions accusent des retards, dont la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, l'Outaouais, l'Abitibi-Témiscamingue, les Laurentides ainsi que la Mauricie et Centre-du-Québec, mais c'est le Nunavik qui se démarque le plus souvent de façon défavorable. À l'opposé, les régions de Laval et de Chaudière-Appalaches présentent des indicateurs de mortalité favorables.

VIVRE SANS INCAPACITÉ : UN ASPECT IMPORTANT DE LA SANTÉ ET DE LA QUALITÉ DE VIE

Les Québécois vivent de plus en plus longtemps, mais l'allongement de la durée de vie a parfois un prix, celui de la qualité de vie. Bien qu'ils soient présents dans l'ensemble de la population, les incapacités et les problèmes de santé fonctionnelle sont en effet plus fréquents à mesure que l'âge avance. Ceux-ci peuvent dans certains cas nuire gravement à la qualité de vie des individus, à leur vie sociale, à leur parcours scolaire ou professionnel et, plus simplement, à leurs activités quotidiennes.

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2007-2008, environ 1 Québécois de 12 ans et plus vivant en ménage privé sur 7 a des problèmes de santé fonctionnelle modérés ou graves qui affectent ses capacités habituelles. Cette proportion a peu varié depuis le début des années 2000 au Québec. Par ailleurs, près de 1 personne de 12 ans et plus sur 4 est limitée parfois ou souvent dans la participation à des activités, que ce soit à la maison, à l'école, au travail ou dans d'autres domaines. Selon le recensement, si on fait abstraction des personnes en établissement de santé, 27 % des Québécois de 65-74 ans ainsi que la moitié de ceux de 75 ans et plus présentent une incapacité en 2006.

L'INCAPACITÉ EN AUGMENTATION CHEZ LES ENFANTS QUÉBÉCOIS

Le taux d'incapacité chez les enfants a connu une hausse au Québec, passant de 2,1 % à 3,0 % entre 2001 et 2006. Les types d'incapacité les plus répandus chez les enfants sont les problèmes de santé chroniques (ex. : troubles déficitaires de l'attention, asthme ou allergies graves), qui affectent plus des deux tiers des enfants avec incapacité, les troubles d'apprentissage et les retards de développement (Camirand et autres, 2010 ; Statistique Canada, 2007).

Près de 36 000 enfants ont reçu en 2009 le supplément pour enfant handicapé, soit environ 2 % des enfants de moins de 18 ans (Régie des rentes du Québec, 2010). Le taux d'enfants qui reçoivent cette aide financière a également connu une hausse depuis 2001. Pour recevoir cette aide, les enfants doivent avoir une déficience ou un trouble du développement qui limite de façon importante leurs activités de la vie quotidienne.

La proportion de personnes ayant des problèmes sérieux de santé fonctionnelle, une incapacité ou des limitations dans leur participation à des activités est un peu plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Cela reflète sans doute la plus grande espérance de vie des femmes. En effet, l'écart entre les taux d'incapacité des hommes et des femmes est surtout visible chez les personnes les plus âgées. Par exemple, en 2006, le taux d'incapacité chez les 75 ans et plus est d'environ 40 % chez les hommes et de 49 % chez les femmes (Camirand et autres, 2010).

Le Québec se positionne favorablement à l'échelle canadienne. En 2009, il se démarque par une proportion plus faible de personnes ayant des problèmes de santé fonctionnelle modérés ou graves. C'est aussi le cas pour la proportion de personnes limitées dans leur participation à des activités (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

FIGURE 7.
POPULATION LIMITÉE DANS SA PARTICIPATION À DES ACTIVITÉS ET POPULATION AYANT DES PROBLÈMES DE SANTÉ FONCTIONNELLE MODÉRÉS OU GRAVES EN 2009, COMPARAISONS CANADIENNES

Source : Institut national de santé publique du Québec, 2010a.

DES COMPARAISONS CANADIENNES DE L'INCAPACITÉ

Plusieurs enquêtes menées au cours des 15 dernières années ont montré des taux d'incapacité plus bas au Québec que dans le reste du Canada : l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités (EPLA) de 2001 et de 2006, notamment, où le Québec affichait les taux d'incapacité globale et d'incapacité légère les plus faibles au Canada. La langue et la culture joueraient un rôle important à cet égard : les francophones canadiens rapportent moins d'incapacités légères, en proportion, que les anglophones (Camirand et autres, 2010). Par ailleurs, le taux d'incapacité s'est accru au Canada comme au Québec. Au Québec, où il est passé de 8 % à 10 % entre 2001 et 2006 selon l'EPLA. Environ 40 % de cette hausse est attribuable au vieillissement de la population. On note cependant que la hausse concerne surtout les incapacités les moins graves (Statistique Canada, 2007).

Quelques variations régionales sont observées quant aux indicateurs de santé fonctionnelle et de limitations. Ainsi, en 2007-2008, seule la région de l'Abitibi-Témiscamingue se distingue du reste du Québec avec une proportion plus élevée de personnes limitées dans leur participation à des activités.

DES PERSONNES ÂGÉES AYANT BESOIN D'AIDE

En 2007-2008, parmi les Québécois de 65 ans et plus vivant en ménage privé, environ 1 sur 5 a besoin d'aide pour ses activités quotidiennes (excluant les gros travaux ménagers) à cause de sa santé physique ou mentale. Cette proportion est nettement plus importante chez les femmes que chez les hommes.

L'AIDE AUX ACTIVITÉS QUOTIDIENNES : D'UNE IMPORTANCE CRUCIALE !

Les données de l'EPLA de 2006 révèlent que 80 % des personnes de 65 ans et plus qui ont une incapacité nécessitent de l'aide pour leurs activités quotidiennes. Bien que la plupart des personnes qui ont besoin d'aide en reçoivent, 42 % ne reçoivent pas toute l'aide nécessaire. Les besoins d'aide concernent surtout les activités de la vie domestique. Le conjoint et les autres membres de la famille proche sont une source importante de l'aide reçue par les personnes avec incapacité (Camirand et autres, 2010).

UN PROFIL VARIÉ DES HOSPITALISATIONS

Contrairement à la mortalité, nous observons une diminution des taux d'hospitalisation pour des soins physiques de courte durée selon un rythme assez similaire chez les hommes et les femmes. Par contre, le portrait des hospitalisations selon la cause diffère selon le sexe. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes d'être hospitalisés pour un cancer, une maladie de l'appareil circulatoire ou respiratoire ou bien des lésions traumatiques ou des empoisonnements, tandis que les femmes sont davantage hospitalisées pour des maladies de l'appareil génito-urinaire et une foule d'autres causes moins spécifiques classées parmi les « autres diagnostics ». Les circonstances entourant la grossesse et l'accouchement comptent pour plus de la moitié des hospitalisations de cette catégorie pour la période 2006-2009.

Les raisons qui mènent à une hospitalisation varient grandement selon l'âge. Les maladies de l'appareil respiratoire sont la cause la plus fréquente des hospitalisations de courte durée chez les enfants de 14 ans et moins. Chez les adolescents et les jeunes adultes âgés de 15 à 44 ans, ce sont les maladies de l'appareil digestif qui sont la cause la plus fréquente, tandis que les personnes âgées de 45 ans et plus sont le plus souvent hospitalisées à la suite d'une maladie de l'appareil circulatoire. Globalement, ce sont les jeunes enfants de 0 à 4 ans et les personnes âgées de 65 ans et plus qui sont les plus à risque d'être hospitalisés pour des soins de courte durée. À l'image de la mortalité, la réduction des taux d'hospitalisation s'étend à tous les groupes d'âge.

Les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James se démarquent avec des taux d'hospitalisation nettement plus élevés que ceux observés dans le reste du Québec.

EN PERSPECTIVE

Globalement, l'état de santé des Québécois est positif. La grande majorité de la population a une perception positive de sa santé, et des tendances à l'amélioration pour les incapacités ainsi que pour la perception de l'état de santé semblent apparaître parmi la population plus âgée. L'espérance de vie des hommes et des femmes continue de croître et se classe parmi les espérances de vie les plus élevées au Canada. Les hospitalisations sont également en diminution.

Toutefois, certains aspects méritent une attention particulière. Des écarts entre les hommes et les femmes subsistent malgré les progrès observés chez les hommes. Par ailleurs, bien que des réductions de mortalité soient observées pour tous les groupes d'âge et pour pratiquement toutes les causes de décès, des problèmes persistent pour certaines causes en particulier.

LE CANCER DOMINE PARMI LES CAUSES DE MORTALITÉ

Depuis dix ans, les maladies du cœur ont été remplacées par le cancer comme cause principale de mortalité. La prépondérance grandissante des tumeurs malignes est bien réelle, leur proportion étant passée du quart au tiers des décès entre 1981 et 2008. La mortalité par cancer est particulièrement élevée chez les 45 à 64 ans. Et chez les femmes, l'augmentation continue de la mortalité par cancer du poumon est préoccupante. La situation peu favorable du Québec aux échelles canadienne et internationale montre que des gains importants sont non seulement possibles, mais nécessaires.

ESSOUFFLEMENT DES GAINS DE SANTÉ CHEZ LES FEMMES

Il est démontré que les femmes jouissent d'un meilleur état de santé que les hommes. Cette réalité persiste encore au Québec, mais depuis une dizaine d'années, les écarts de santé entre les femmes et les hommes diminuent.

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à souffrir de problèmes sérieux de santé fonctionnelle, d'une incapacité ou de limitations dans leur participation à des activités. Cette réalité n'est pas étrangère au fait que ces problèmes augmentent avec l'âge et que plus de femmes atteignent plus souvent un âge avancé.

Les gains relatifs à la mortalité et aux hospitalisations ont plutôt tendance à s'essouffler chez les femmes. En particulier, la mortalité par tumeurs malignes a diminué chez les hommes, mais a stagné chez les femmes depuis 1990. Les tumeurs malignes causent près de la moitié des décès prématurés chez les femmes. Le cancer du poumon à lui seul est responsable de 14 % des décès prématurés féminins et devance ainsi le cancer du sein. En effet, la seule cause de décès prématuré pour laquelle on a enregistré une augmentation entre 1990-1994 et 2005-2008 est le cancer du poumon chez la femme, toutes les autres causes présentant des baisses pour chacun des sexes.

LES HOMMES SONT TOUJOURS PLUS À RISQUE DE MOURIR DE FAÇON VIOLENTE

Même si leur mortalité générale se rapproche de plus en plus de celle des femmes, les hommes continuent d'être hospitalisés à cause de traumatismes et de mourir de façon violente beaucoup plus fréquemment que les femmes. Quel que soit leur âge, les hommes sont environ deux fois plus à risque de mourir de façon violente que les femmes.

En 2005-2008, les garçons de 1 à 19 ans courent plus de risques d'être hospitalisés à la suite d'une lésion traumatique ou d'un empoisonnement que les filles et sont aussi plus à risque de mourir d'un traumatisme. Chez les 20 à 64 ans, la tendance est semblable, car les proportions combinées des décès par traumatismes et suicide sont deux fois plus élevées chez les hommes (10 % des décès) que chez les femmes (5 % des décès). Enfin, plus du quart des décès prématurés masculins, c'est-à-dire survenant avant l'âge de 75 ans, sont dus à des traumatismes non intentionnels ou au suicide, tandis que cette proportion est deux fois moins élevée chez les femmes.

Même si l'état de santé globale des Québécois s'est amélioré au cours des dernières décennies, des progrès peuvent encore être réalisés au cours des prochaines années.

4

LA SANTÉ MATERNELLE ET FŒTO-INFANTILE AU CŒUR DES PRÉOCCUPATIONS DE SANTÉ PUBLIQUE

Les indicateurs permettant de mesurer différents aspects de la santé maternelle sont révélateurs des conditions générales de vie des femmes, de leur accès aux soins et de la performance du système de soins et de santé. La santé maternelle représente un défi majeur à l'échelle mondiale et est déterminante pour la santé du bébé.

Grâce aux avancées médicales et à l'organisation des soins et des services périnatals, le Québec, à l'image des autres sociétés industrialisées, a réalisé d'immenses progrès lors des deux dernières décennies du 20e siècle, notamment en matière de mortalité fœtale et infantile. La politique de périnatalité et la stratégie de sa mise en œuvre (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008a; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b) témoignent de la continuité des efforts déployés au Québec afin d'assurer le bien-être des mères et des nouveau-nés.

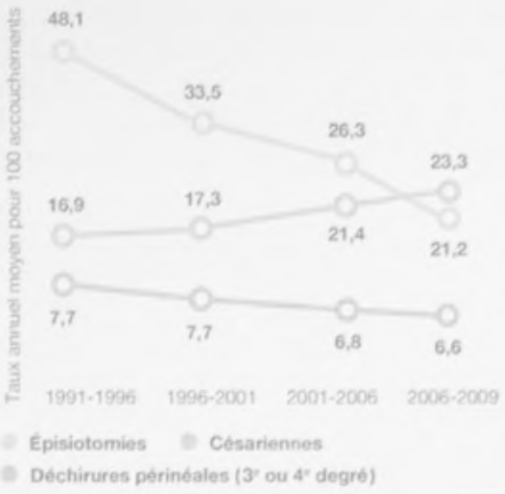
DES PRATIQUES OBSTÉTRICALES EN ÉVOLUTION

La mortalité maternelle est l'indicateur le plus utilisé à l'échelle mondiale afin d'évaluer l'accessibilité des soins périnatals et l'état de santé des mères. Au Québec, la mortalité maternelle est extrêmement rare et évitable en raison de l'accessibilité et de la gratuité de services de santé de qualité.

Lorsqu'un accouchement présente des complications, des interventions obstétricales sont souvent pratiquées afin de préserver la santé de la femme et de l'enfant. Toutefois, le recours à ces interventions doit être considéré comme nécessaire. De plus, les conséquences ainsi que les risques courus devraient être moindres que les avantages prévus pour la santé de la mère et de l'enfant. C'est pourquoi les orientations ministérielles prévoient la surveillance de ces interventions, la césarienne et l'épisiotomie étant les plus fréquentes au Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008a; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010b).

Le taux de césarienne au Québec a augmenté depuis le début des années 1990 et semble avoir atteint un plateau depuis 2006. Cette hausse s'explique notamment par l'augmentation des naissances multiples et des naissances de mères plus âgées. Bien que cette tendance s'observe dans l'ensemble des régions, certaines disparités sont néanmoins constatées: en 2006-2009, environ une femme sur cinq a accouché par césarienne dans les régions de Laval, de l'Estrie et de Lanaudière comparativement à une sur quatre dans les régions de Chaudière-Appalaches, de Montréal et de l'Outaouais.

FIGURE 8.
CÉSARIENNES, ÉPISIOTOMIES ET DÉCHIRURES PÉRINÉALES AU QUÉBEC DE 1991-1996 À 2006-2009



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 25).

Le taux d'épisiotomie est cependant en diminution continue au Québec. Presque la moitié des femmes ayant accouché en 1991-1996 par voie vaginale ont subi une épisiotomie (48 %) comparativement à 21 % en 2006-2009. Cette baisse reflète l'impact des résultats des études récentes sur les pratiques médicales. Ces études démontrent que l'épisiotomie ne protège pas les femmes contre les problèmes pour lesquels elle est effectuée, notamment la déchirure du périnée (Institut canadien d'information sur la santé, 2004). En effet, le taux de déchirure grave du périnée, soit de troisième ou de quatrième degré, est demeuré stable à environ 7 % pour 2006-2009.

Comme pour la césarienne, les taux d'épisiotomie et de déchirure périnéale varient considérablement entre les régions de traitement. Ces disparités régionales reflètent en quelque sorte les différences des pratiques médicales.

UNE HAUSSE DE LA PROPORTION DES INTERRUPTIONS VOLONTAIRES DE GROSSESSE CHEZ LES ADOLESCENTES

Malgré le déclin de l'ensemble des grossesses (interruptions volontaires de grossesse [IVG], avortements spontanés et naissances) observé chez les jeunes de 14 à 17 ans lors de la dernière décennie, la grossesse chez ces jeunes femmes représente toujours un risque pour la santé maternelle et infantile. Parmi l'ensemble des grossesses chez les adolescentes de 14 à 17 ans, la part des IVG s'est accrue entre 1995 et 2007, passant de 65 % à 76 %.

LA SANTÉ DU FŒTUS ET DU NOUVEAU-NÉ

DE PLUS EN PLUS DE BÉBÉS SONT PRÉMATURÉS AU QUÉBEC... COMME AILLEURS

Les bébés prématurés ou de faible poids ont des risques accrus de présenter des problèmes de santé, d'être hospitalisés à plusieurs reprises et même de décéder au cours de leur première année de vie (Johnston et autres, 2001 ; Kramer et autres, 2000). La prématurité est la principale cause de mortalité et de morbidité infantiles dans les pays industrialisés. En dépit des progrès scientifiques et des avancées médicales, la proportion des bébés prématurés est en hausse au Québec, passant de 6,2 % en 1984-1988 à 7,6 % en 2004-2008. Environ 80 % de ces naissances sont cependant légèrement prématurées (de 33 à 36 semaines). Cette hausse est également observée ailleurs en Occident et est notamment attribuable à l'augmentation des naissances multiples et des naissances chez les mères de 35 ans et plus. En 2007, le Québec est au deuxième rang des provinces canadiennes affichant la plus faible proportion de bébés prématurés (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

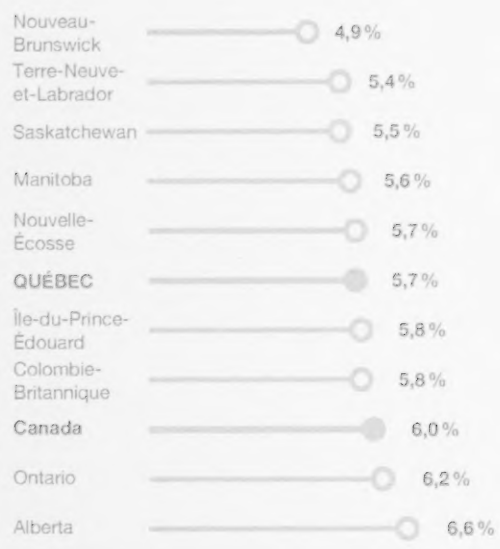
LES NAISSANCES DE FAIBLE POIDS ET L'HYPOTROPHIE NÉONATALE DIMINUENT

Contrairement à la proportion des naissances prématurées, la proportion des naissances de faible poids (bébés de moins de 2500 g) a légèrement diminué au Québec, passant de 6,2 % en 1984-1988 à 5,7 % en 2004-2008. Les régions de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et de Montréal se démarquent par une proportion significativement plus élevée que le reste du Québec, tandis que les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de Chaudière-Appalaches se distinguent par une proportion plus faible. À l'échelle canadienne et à l'échelle internationale, le Québec occupe une position favorable, mais présente néanmoins un retard par rapport à certains pays, notamment les pays scandinaves (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

DES FACTEURS QUI PEUVENT EXPLIQUER L'HYPOTROPHIE NÉONATALE

Dans les pays industrialisés, l'hypotrophie néonatale, soit un poids à la naissance en bas du 10e percentile selon les courbes des taux de croissance, peut être expliquée par de nombreux facteurs, dont le tabagisme durant la grossesse, les facteurs nutritionnels et les facteurs génétiques de la mère et du fœtus. Elle est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité fœtale et infantile (Agence de la santé publique du Canada, 2008a).

FIGURE 9.
NAISSANCES DE FAIBLE POIDS EN 2007, COMPARAISONS CANADIENNES



Source : Institut national de santé publique du Québec, 2010a.

Au Québec, la proportion des naissances présentant une hypotrophie néonatale a diminué de manière constante au cours des dernières années. Elle représente 8 % des naissances en 2004-2008 comparativement à 14 % en 1984-1988. Au palier régional, une importante variation est observée : la région de Montréal présente la proportion la plus élevée (9 %), alors que celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James présente la plus faible (2 %). Ces différences régionales sont attribuables en partie à des différences ethniques, socioéconomiques et démographiques (Agence de la santé publique du Canada, 2008a).

De façon générale, les issues défavorables de grossesse varient selon la scolarité et l'âge de la mère. Les mères de moins de 20 ans, les mères de 35 ans et plus ainsi que les mères les moins scolarisées sont plus susceptibles d'avoir un bébé prématuré ou de faible poids ou encore présentant une hypotrophie néonatale (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011a).

CERTAINES ANOMALIES CONGÉNITALES SONT PLUS RARES QU'AUPARAVANT

Au Québec, les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques représentent la première cause de mortalité fœto-infantile et la troisième cause d'hospitalisation chez les bébés de moins d'un an. Les cardiopathies congénitales constituent les anomalies les plus fréquentes, et de loin. Celles-ci ont connu une légère diminution entre 1991 et 2008. Cependant, la prévalence d'autres anomalies a connu une baisse plus importante, soit les anomalies du tube neural (ATN) et le syndrome de Down (ou la trisomie 21). Ce recul, observé aussi à l'échelle canadienne, s'explique par l'enrichissement des produits céréaliers par l'acide folique au Canada depuis novembre 1998 et par la prise de supplément d'acide folique par les femmes (De Wals et autres, 2007). Ce recul s'explique aussi par le recours à de meilleures techniques de dépistage et de diagnostic prénatals du syndrome de Down.

LES CAUSES D'HOSPITALISATION DES BÉBÉS

En 2006-2009, les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale représentent la première cause d'hospitalisation des bébés avec plus de la moitié des cas, suivies des maladies de l'appareil respiratoire ainsi que des malformations congénitales et des anomalies chromosomiques. L'analyse selon le sexe montre que les taux d'hospitalisation sont plus élevés chez les garçons.

APRÈS DES DÉCENNIES DE RECUL, LA MORTALITÉ INFANTILE PARAÎT S'ÊTRE STABILISÉE

Le taux de mortalité infantile, soit le nombre de décès d'enfants au cours de la première année de vie pour 1000 naissances vivantes, constitue un bon indicateur de la santé d'une population. Au cours des deux dernières décennies du 20e siècle, le Québec, à l'exemple des pays industrialisés, a connu un recul important du taux de mortalité infantile, lequel s'est stabilisé depuis quelques années. Ce gain est attribuable à l'amélioration des conditions sociosanitaires, de la nutrition, de l'alimentation des nouveau-nés et des soins de santé maternels et infantiles (Agence de la santé publique du Canada, 2008a). Toutefois, des disparités régionales persistent : le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James se distinguent par des taux plus élevés que les autres régions du Québec. Les malformations congénitales et les anomalies chromosomiques, les problèmes de l'asphyxie et ceux liés à la maturité représentent les principales causes de décès infantiles au Québec. À l'échelle des provinces canadiennes, le taux québécois de mortalité infantile se situe parmi les plus faibles (Agence de la santé publique du Canada, 2008a).

LA MORTALITÉ INFANTILE: UNE MÉTHODE DE CALCUL QUI A ÉVOLUÉ

Depuis quelques années au Québec, la méthode recommandée pour le calcul de la mortalité fœtale et infantile est celle où tous les décès infantiles, les mortinaissances et les naissances vivantes sont inclus, peu importe le poids à la naissance. Cependant, avec le temps, on observe une tendance croissante à enregistrer les fœtus et nouveau-nés pesant moins de 500 grammes. L'enregistrement de ces événements qui ne répondent pas à certains critères de viabilité entraîne de la confusion dans l'interprétation des données sur la mortalité fœtale et infantile. Afin de permettre d'établir des tendances temporelles et des comparaisons géographiques plus valides, l'Organisation mondiale de la Santé recommande de ne prendre en compte dans le calcul des taux que les fœtus et les nouveau-nés dont le poids est d'au moins 500 grammes. C'est cette méthode de calcul qui est préconisée dans la présente analyse (ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011).

CE QUI INFLUENCE LA SANTÉ MATERNELLE ET FŒTO-INFANTILE

Les conditions entourant la grossesse, l'accouchement et le postpartum représentent les principaux déterminants de la santé maternelle et influencent grandement la santé fœto-infantile. Parmi ces conditions, on note la faible scolarité de la mère, la grossesse chez les adolescentes et les habitudes de vie de la mère durant cette période, notamment la prise de l'acide folique avant la grossesse, la consommation de tabac et d'alcool durant la grossesse ainsi que l'allaitement maternel du nouveau-né.

L'ALLAITEMENT MATERNEL AU QUÉBEC: DES DÉFIS À RELEVER

L'allaitement maternel a de nombreux avantages pour les nouveau-nés et les mères. Chez les nouveau-nés, il est associé à une réduction du risque de l'otite, de la gastro-entérite non spécifique, des infections graves des voies respiratoires inférieures, de la dermatite atopique, de l'asthme (jeunes enfants), de l'obésité, du diabète de type 1 et du diabète de type 2, de la leucémie infantile et de la mort subite du nourrisson (Ip et autres, 2009; Horta et autres, 2007; Ip et autres, 2007). L'allaitement maternel réduit la mortalité infantile, et ses bienfaits pour la santé du nouveau-né se ressentent jusqu'à l'âge adulte (World Health Organization, 2009). Ce mode d'alimentation contribue aussi à la santé et au bien-être des mères (Ip et autres, 2007). Ce constat se situe à la base des recommandations en faveur de l'allaitement exclusif (c'est-à-dire lorsque le bébé reçoit du lait maternel mais pas d'autres liquides ou solides) pendant les six premiers mois de vie de l'enfant et de sa poursuite, avec l'ajout d'aliments complémentaires, jusqu'à deux ans et plus (Santé Canada, 2004; Organisation mondiale de la Santé, 2003a).

Les taux d'allaitement total pour l'ensemble du Québec atteignent les objectifs ministériels établis au début des années 2000 ou sont très près de ceux-ci (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001a). En 2005-2006, ces taux sont de 85 % à la sortie de l'hôpital ou de la maison de naissance et respectivement de 67 %, 56 % et 47 % aux deuxième, quatrième et sixième mois de vie de l'enfant. Cependant, en ce qui concerne l'allaitement exclusif, les écarts avec les objectifs ministériels sont plus importants.

FIGURE 10.
ALLAITEMENT EXCLUSIF AU QUÉBEC EN 2005-2006 ET OBJECTIFS MINISTÉRIELS DE 2001

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 23) ; ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001a.

Au palier régional, Montréal présente des taux d'allaitement plus élevés que le reste du Québec. Pour ce qui est de l'allaitement exclusif, c'est dans les Laurentides et en Montérégie que les taux sont les plus élevés, tandis que la Côte-Nord, l'Abitibi-Témiscamingue et la Capitale-Nationale se distinguent avec les taux les plus bas.

DES COMPORTEMENTS QUI INFLUENCENT LA SANTÉ DU BÉBÉ : LE QUÉBEC ACCUSE DU RETARD

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, l'initiation à l'allaitement maternel et l'allaitement exclusif pour au moins six mois est en nette progression au Québec entre 2003 et 2009. Toutefois, en 2009, le Québec se situe au septième rang des provinces canadiennes en ce qui a trait à l'initiation à l'allaitement maternel, et la situation n'est guère plus favorable au regard de l'allaitement exclusif à six mois.

Toujours selon cette enquête, la prise de l'acide folique au cours de la période périconceptionnelle est en augmentation au Québec. Malgré cette progression, le Québec se situe encore derrière certaines provinces canadiennes, telles que la Colombie-Britannique, l'Ontario et l'Alberta.

L'ACIDE FOLIQUE POUR RÉDUIRE LE RISQUE D'ANOMALIES DU TUBE NEURAL CHEZ LE NOUVEAU-NÉ

La prise de supplément d'acide folique par la mère avant les premières semaines de la grossesse et au cours de celle-ci est associée à une réduction des anomalies du tube neural (ATN) chez les nouveau-nés, telles que le spina bifida et l'encéphalocèle (De Wals et autres, 2007 ; Ray et autres, 2002). Il est recommandé aux femmes qui pourraient devenir enceintes d'augmenter leur apport en acide folique afin de prévenir ce type d'anomalies (Agence de la santé publique du Canada, 2008b).

En 2005-2006, la proportion des enfants dont la mère a pris de l'acide folique pendant les trois mois précédents la grossesse est de 48 % pour l'ensemble du Québec. Cette proportion atteint 84 % lors des trois premiers mois de la grossesse. Sur le plan régional, les proportions les plus faibles de la prise de l'acide folique sont observées dans les régions de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine (37 %) et de Montréal (41 %), tandis que des proportions plus élevées sont enregistrées dans les régions du Bas-Saint-Laurent (61 %) et de Chaudière-Appalaches (64 %).

LE TABAC ET L'ALCOOL DURANT LA GROSSESSE : DES COMPORTEMENTS MODIFIABLES ENCORE TROP FRÉQUENTS

La consommation d'alcool par la mère durant la grossesse peut avoir des conséquences néfastes sur sa santé et sur celle du fœtus et de l'enfant. En effet, le syndrome d'alcoolisme fœtal constitue le problème le plus grave causé par l'alcoolisme prénatal. Les autorités de santé publique canadiennes recommandent aux femmes enceintes ou souhaitant le devenir d'éviter complètement la consommation d'alcool (Agence de la santé publique du Canada, 2008a). Au Québec, on recommande aux femmes l'abstention à partir du moment où elles désirent concevoir (Éduc'alcool et Collège des médecins du Québec, 2008). La proportion d'enfants dont la mère a consommé de l'alcool pendant la grossesse, sans égard à la quantité consommée, s'élève à 34 % pour l'ensemble du Québec. Au palier régional, seule l'Estrie se démarque par une proportion plus élevée que le reste du Québec.

Le tabagisme durant la grossesse a des effets indésirables sur la santé du fœtus et de l'enfant. Ces répercussions peuvent être ressenties même à long terme. Le tabagisme est associé à un risque accru de mortalité infantile attribuable au faible poids à la naissance et à la prématurité (Guyon et autres, 2008). La proportion des enfants dont la mère a fumé la cigarette au moins une fois durant la grossesse est de 18 % au Québec. Au niveau régional, cette proportion varie de 11 % à Montréal et Laval à 39 % dans la région de la Côte-Nord. Par ailleurs, la proportion de mères de moins de 25 ans ayant fumé au moins une fois est supérieure à celle des mères âgées de 25 ans et plus.

DES MÈRES EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ QUI NÉCESSITENT UN SOUTIEN CONTINU

Les grossesses chez les adolescentes et chez les femmes en situation socioéconomique moins favorable sont associées à un risque élevé de faible poids à la naissance et de complications chez la mère. Le taux de grossesse chez les jeunes de 14 à 17 ans est en diminution constante depuis la dernière décennie, étant passé de 20 pour 1 000 en 1998 à 13 en 2007. Les régions de Montréal, de l'Outaouais, de la Côte-Nord, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James présentent les taux les plus élevés en 2003-2007.

La proportion des mères faiblement scolarisées, soit celles ayant moins de 11 années de scolarité, a connu une diminution au Québec et se situe à 7 % en 2006-2008. Ce sont les mères des régions nordiques qui sont les moins scolarisées, notamment celles du Nunavik (51 %) et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (38 %). À l'inverse, les mères des régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches affichent les proportions de faible scolarisation les moins élevées.

L'AUGMENTATION DES NAISSANCES MULTIPLES ET DES MÈRES PLUS ÂGÉES : UNE RÉALITÉ ÉMERGENTE

Les proportions de naissances multiples et de naissances chez les femmes de 35 ans et plus sont en augmentation depuis les dernières années. Ces naissances sont associées à un risque plus élevé de faible poids, de prématurité et de mortalité infantile ainsi qu'à des taux plus élevés de complications et de mortalité chez la mère (Agence de la santé publique du Canada, 2008a).

FIGURE 11.
DES RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT

INDICATEURS	SITUATION MOINS FAVORABLE	SITUATION PLUS FAVORABLE
Grossesses chez les adolescentes de 14-17 ans (2003-2007)	• Nunavik • Terres-Cries-de-la-Baie-James • Côte-Nord • Montréal • Outaouais	• Bas-Saint-Laurent • Chaudière-Appalaches • Saguenay—Lac-Saint-Jean • Capitale-Nationale • Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Montérégie
Césariennes (2006-2009)	• Chaudière-Appalaches • Montréal • Outaouais	• Estrie • Lanaudière • Laval • Côte-Nord • Mauricie et Centre-du-Québec • Saguenay—Lac-Saint-Jean • Laurentides • Montérégie
Naissances de faible poids (2004-2008)	• Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Montréal	• Terres-Cries-de-la-Baie-James • Chaudière-Appalaches • Capitale-Nationale
Hypotrophie néonatale (2004-2008)	• Montréal	• Terres-Cries-de-la-Baie-James • Nunavik • Côte-Nord • Chaudière-Appalaches • Saguenay—Lac-Saint-Jean • Capitale-Nationale • Montérégie
Hospitalisations chez les moins d'un an (2006-2009)	• Terres-Cries-de-la-Baie-James • Nunavik • Abitibi-Témiscamingue • Lanaudière • Chaudière-Appalaches • Mauricie et Centre-du-Québec • Capitale-Nationale • Estrie • Laurentides	• Outaouais • Montréal • Montérégie
Mortalité infantile (2005-2008)	• Nunavik • Terres-Cries-de-la-Baie-James	• Outaouais

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiches 21, 25, 26, 28 et 29).

EN PERSPECTIVE

On doit poursuivre les actions de prévention et de promotion auprès des mères et des familles pour les soutenir en situation de vulnérabilité et les inciter à adopter de saines habitudes de vie. La diminution du tabagisme et de la consommation d'alcool au moment de la grossesse demeure au centre des préoccupations de santé publique. Il en est de même pour l'accroissement de la durée de l'allaitement maternel exclusif et la prise de l'acide folique durant la grossesse.

Depuis 2004, des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité se développent au Québec (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004a). On vise ainsi à favoriser le développement optimal des enfants de la naissance à cinq ans, à soutenir les parents dans l'exercice de leur rôle parental, à prévenir les problèmes d'abus, de négligence et de violence envers les enfants ainsi qu'à contribuer à l'amélioration des conditions de vie de ces familles. Les centres de santé et de services sociaux sont les principaux mandataires des SIPPE et les agences de la santé et des services sociaux ont la responsabilité de soutenir leur implantation et leur évaluation.

Lancée en 1991 (Organisation mondiale de la Santé, 1989), l'Initiative des amis des bébés (IAB) est un programme visant l'amélioration de la qualité des soins, qui s'avère efficace pour faire augmenter tant la durée que l'exclusivité de l'allaitement. En incluant l'implantation de l'IAB dans le *Programme national de santé publique 2003-2012* et la *Politique de périnatalité 2008-2018*, le Ministère fait écho à cette volonté internationale d'encourager les établissements de santé à adopter les pratiques favorables à l'allaitement maternel. À cet égard, un rapport paru récemment (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011a) montre dans quelle mesure les politiques, les services et les pratiques des établissements de santé québécois sont conformes à celles recommandées par cette initiative internationale.

Enfin, la situation du Nunavik, où les conditions socioéconomiques des mères et les conditions sociosanitaires des nouveau-nés sont précaires, doit demeurer au centre des préoccupations de santé publique.

5

LES HABITUDES DE VIE QUI INFLUENCENT LA SANTÉ : DES PROGRÈS ACCOMPLIS… ET À RÉALISER

Les Québécois semblent plus conscients que jamais du lien entre leur santé et les habitudes de vie qu'ils adoptent. La population est exposée quotidiennement à des messages, programmes et interventions visant à lutter contre le tabagisme et la consommation élevée d'alcool ou à favoriser une saine alimentation et la pratique de l'activité physique.

Pourtant, des défis importants demeurent. Notre mode de vie plus sédentaire et notre surconsommation calorique contribuent à l'augmentation des cas d'obésité et de diabète, souvent précurseurs de maladies cardiovasculaires ou d'autres maladies chroniques. De même, pour une minorité importante de jeunes, la consommation de tabac ou de drogues est parmi les phénomènes auxquels une attention particulière doit être portée.

L'ALIMENTATION : FAIRE DES CHOIX DIFFÉRENTS POUR MIEUX NOUS ALIMENTER

Une alimentation saine, notamment riche en fruits et légumes, contribue à la prévention de diverses maladies chroniques, dont les maladies cardiovasculaires, certains cancers, le diabète et l'obésité. L'Organisation mondiale de la Santé préconise une consommation d'au moins 400 g de fruits et légumes par jour pour la prévention de ces maladies (Organisation mondiale de la Santé, 2003b). Santé Canada recommande la consommation quotidienne, selon l'âge, de quatre à dix portions de fruits et légumes pour les personnes de deux ans et plus (Santé Canada, 2007).

DES AMÉLIORATIONS À APPORTER À NOTRE ALIMENTATION

Selon le Guide alimentaire canadien, Santé Canada recommande la consommation quotidienne des aliments qui proviennent des quatre groupes (légumes et fruits, produits céréaliers, lait et substituts, viandes et substituts) en portions normées en fonction de l'âge et du sexe de la personne.

Une enquête réalisée en 2004 montre que les Québécois devraient augmenter leur consommation de fruits et légumes, de produits laitiers faibles en gras et céréaliers riches en fibres ainsi que de poisson et de légumineuses. Par contre, leur régime alimentaire devrait être moins riche en gras saturé et trans, en sodium et en boissons alcoolisées et autres aliments riches en sucre raffiné. Entre 1990 et 2004, la consommation de boissons sucrées (boissons gazeuses ou boissons aux fruits) a augmenté de façon marquée. Notons enfin que 87 % de la population québécoise a des apports en sodium trop élevés (Blanchet, 2009).

Selon le *Programme national de santé publique 2003-2012* (PNSP), le ministère de la Santé et des Services sociaux a pour objectif d'augmenter la proportion des personnes qui consomment les quatre groupes d'aliments selon les recommandations du Guide alimentaire canadien (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008b).

En ce qui concerne les fruits et légumes, on observe entre 2000-2001 et 2007-2008 une tendance à la hausse de la proportion de Québécois de 12 ans et plus qui en consomment 5 fois ou plus par jour. Fait prometteur pour l'avenir, c'est chez les jeunes de 12 à 24 ans que l'habitude de consommer régulièrement des fruits et légumes est la plus répandue.

Sur le territoire québécois, l'Estrie est la seule région qui se distingue du reste du Québec avec une consommation de fruits et légumes plus fréquente, alors que les résidents du Bas-Saint-Laurent et de l'Abitibi-Témiscamingue semblent moins enclins à cette saine habitude alimentaire. Parmi les provinces canadiennes, en 2007-2008, c'est au Québec que la consommation de fruits et légumes est la plus élevée. Notons enfin qu'environ six Québécois se percevant en excellente santé sur dix consomment des fruits et légumes cinq fois ou plus par jour comparativement à seulement quatre sur dix chez ceux la jugeant passable ou mauvaise (Infocentre de santé publique, 2011).

LA PROGRESSION DE L'OBÉSITÉ AU QUÉBEC ET AILLEURS EN OCCIDENT

Phénomène commun à l'ensemble des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (Sassi, 2010), l'obésité est en progression au Québec et touche en 2009-2010 un adulte sur six, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Par contre, les femmes (27 %) sont nettement moins nombreuses que les hommes (41 %) à faire de l'embonpoint. Chez les jeunes de 12 à 17 ans, 18 % présentent un surplus de poids (Statistique Canada, 2011c).

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE : ÊTRE ACTIFS DURANT NOS LOISIRS ET NOS DÉPLACEMENTS POUR COMPENSER NOTRE MODE DE VIE SÉDENTAIRE

Tout comme l'alimentation, l'activité physique réduit le risque de maladies cardiovasculaires, de certains cancers, de diabète de type 2 et d'obésité. Elle permet d'améliorer le métabolisme du glucose tout en abaissant la pression artérielle. Lorsqu'elle est pratiquée régulièrement, l'activité physique peut améliorer l'état de l'appareil musculo-squelettique, réguler le poids du corps, influer favorablement sur la distribution des graisses corporelles et réduire les symptômes dépressifs (Organisation mondiale de la Santé, 2002 ; U.S. Department of Health and Human Services, 1996).

Les avancées technologiques ont passablement diminué les exigences physiques associées à la vie quotidienne. Cette diminution substantielle se situerait entre 300 et 800 kcal/jour, ce qui expliquerait une part importante des problèmes croissants de surpoids et d'obésité (Bouchard, 2000). Les activités physiques de loisirs sont ainsi devenues le principal moyen de maintenir un niveau suffisant de dépense calorique, auquel s'ajoute le transport actif.

Selon le PNSP, le Ministère vise à faire en sorte que la proportion de personnes qui atteignent le niveau recommandé d'activité physique selon leur âge augmente de 5 %. Bien que les activités physiques de loisirs sont celles dont le potentiel de modification est le plus élevé, il est indéniable que la probabilité de pratiquer des activités physiques à l'âge adulte est plus élevée si cette activité a commencé tôt dans la vie. Par ailleurs, le transport actif (marche et vélo) ainsi que le transport collectif fournissent plusieurs minutes journalières d'activité physique. En 2006, 13 % de la population active québécoise utilise le transport en commun pour aller au travail et 8 % s'y rend à pied ou à vélo. Dans la région de Montréal, ces proportions sont respectivement de 33 % et 10 %.

DES RECOMMANDATIONS EN MATIÈRE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE FONDÉES SUR DES ÉCRITS SCIENTIFIQUES

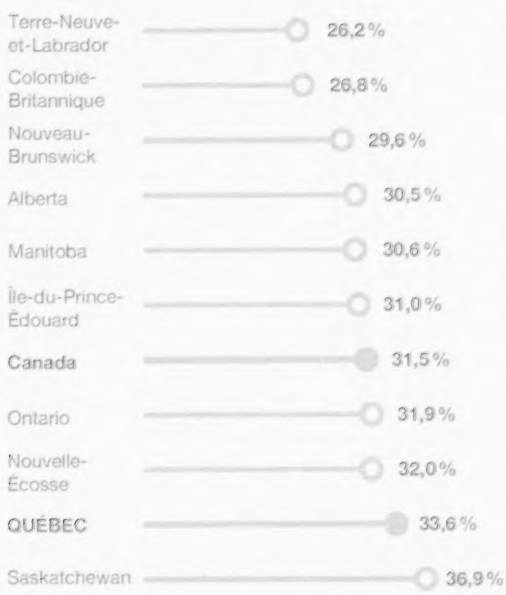
C'est en janvier 2011 qu'ont été rendues publiques les nouvelles lignes directrices en matière d'activité physique sur la base d'une recension d'écrits scientifiques (Société canadienne de physiologie de l'exercice, 2011).

Il est recommandé aux jeunes de 5 à 17 ans de faire de l'activité physique modérée chaque jour au moins 60 minutes. Quant aux adultes, ils devraient en faire au moins 150 minutes par semaine, ce qui pourrait être atteint par exemple au moyen de périodes de 30 minutes 5 jours par semaine. Ces recommandations s'harmonisent notamment avec celles émises récemment aux États-Unis (U.S. Department of Health and Human Services, 2008) et par l'Organisation mondiale de la Santé (Organisation mondiale de la Santé, 2010a). Il convient cependant de préciser que les personnes sédentaires peuvent bénéficier de la pratique de l'activité physique même si elles n'atteignent pas les niveaux recommandés.

L'ACTIVITÉ PHYSIQUE CHEZ LES JEUNES: TROP DE JEUNES PEU ACTIFS DURANT LEURS LOISIRS, SURTOUT CHEZ LES FILLES

Au Québec, en 2007-2008, 34 % des jeunes de 12 à 17 ans sont peu ou pas actifs durant leurs loisirs, c'est-à-dire n'atteignent pas la moitié du seuil minimal recommandé d'activité physique pour leur groupe d'âge (Nolin et Hamel, 2009), soit l'équivalent d'au moins 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée tous les jours. On constate aussi que les jeunes filles sont moins actives que les garçons. À l'échelle canadienne, les jeunes Québécois sont parmi les moins actifs durant leurs loisirs.

FIGURE 12.
JEUNES DE 12-17 ANS PEU OU PAS ACTIFS DURANT LES LOISIRS EN 2007-2008, COMPARAISONS CANADIENNES



Source: Institut national de santé publique du Québec, 2010a.

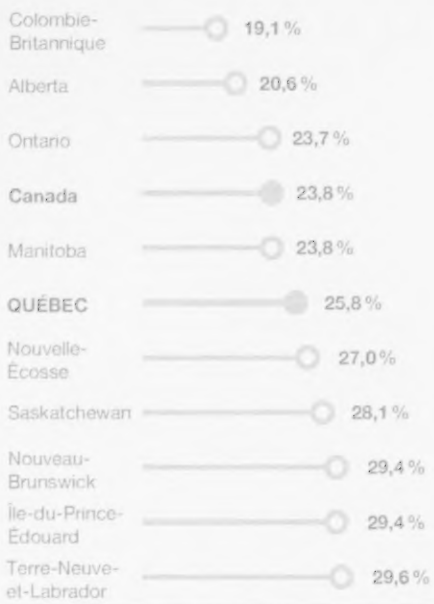
LA SÉDENTARITÉ CHEZ LES ADULTES: UN AUTRE REFLET DES INÉGALITÉS DE SANTÉ

Chez les adultes, la proportion de sédentaires durant les loisirs s'élève à 26 %. On considère qu'une personne est sédentaire si sa fréquence d'activité physique est inférieure à une fois par semaine, peu importe le degré d'intensité ou le niveau de dépense énergétique (Nolin et Hamel, 2009).

Contrairement à ce qu'on observe chez les jeunes, il n'existe pas de différence entre hommes et femmes quant à la proportion de sédentaires. Par contre, la sédentarité est plus fréquente chez les moins fortunés que chez les mieux nantis: alors que 32 % des adultes québécois se situant dans le quintile de revenu le moins élevé sont sédentaires durant leurs loisirs, cette proportion n'est que de 17 % chez ceux se situant dans le quintile le plus élevé (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

Les régions de Laval et de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine présentent des proportions d'adultes sédentaires plus élevées que l'ensemble du Québec, alors que celles de l'Estrie et du Nord-du-Québec montrent des résultats plus favorables. Enfin, la proportion de sédentarité chez les adultes du Québec est analogue à celle observée pour l'ensemble du Canada.

FIGURE 13.
ADULTES SÉDENTAIRES DURANT LES LOISIRS EN 2007-2008, COMPARAISONS CANADIENNES



Source : Institut national de santé publique du Québec, 2010a.

LA LUTTE CONTRE LE TABAGISME : DES GAINS ENCORE NÉCESSAIRES

La lutte contre le tabagisme a connu quelques moments charnières au Québec, dont notamment la Loi sur le tabac de 1998 et son renforcement en 2006. Maintenant, il est interdit de fumer au travail et dans les lieux publics, et la publicité ou la promotion de produits du tabac ne fait plus partie de notre environnement.

LE TABAC : UN FLÉAU ANTICIPÉ DEPUIS DES SIÈCLES

Au début du 17e siècle, alors que les Européens sont de plus en plus exposés à la consommation du tabac, cette plante venue des Amériques, certains anticipent déjà les dommages que cette nouvelle habitude pourra causer à la santé :

Une coutume détestable pour les yeux,
répugnante pour le nez,
dommageable pour le cerveau,
dangereuse pour les poumons,
dont la fumée noire malodorante rappelle
un puits sans fond infernal et horrible.
(King James I, 1604)

Ces mesures, ainsi que de meilleures connaissances sur les méfaits du tabagisme sur l'organisme, ont sans doute largement contribué à la diminution de la consommation de tabac des Québécois. Depuis plusieurs années, la proportion de fumeurs de cigarettes de 12 ans et plus est à la baisse au Québec et se situe à 25 % chez les hommes et 21 % chez les femmes en 2009-2010. Une tendance similaire est observée chez les jeunes de 12 à 19 ans alors que 16 % d'entre eux fument. Cela est prometteur dans la perspective d'une baisse du taux de tabagisme des Québécois dans les années à venir. Toutefois, au Canada, les jeunes québécois demeurent parmi ceux qui fument le plus (Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

Par ailleurs, on constate une proportion de fumeurs plus importante chez les Québécois se situant dans le quintile de revenu le moins élevé. Enfin, le problème du tabagisme est préoccupant dans les régions des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik, où les proportions de fumeurs sont beaucoup plus élevées que dans l'ensemble du Québec (Bernier et Pepin, 2008 ; Plaziac et Hamel, 2007).

LE TABAGISME : LA PRINCIPALE CAUSE DE DÉCÈS ÉVITABLE DANS LE MONDE

Le lien entre certaines maladies et l'habitude tabagique fait maintenant consensus. Les fumeurs sont plus susceptibles de développer divers types de cancers, notamment le cancer du poumon, mais aussi des maladies cardiovasculaires et respiratoires (Organisation mondiale de la Santé, 2006). Le tabagisme est la principale cause de décès évitable dans le monde, et un fumeur sur deux mourra d'une maladie qui y est liée (Organisation mondiale de la Santé, 2011). Au Québec, on estime qu'environ 10 000 personnes en meurent chaque année, soit près de 1 décès sur 5 (Rehm et autres, 2006).

FIGURE 14.
FUMEURS AU QUÉBEC DE 2000-2001 À 2009-2010

Sources : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 32) ; Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2011.

L'ALCOOL ET LES DROGUES : UNE RÉALITÉ QUI TOUCHE BEAUCOUP DE QUÉBÉCOIS, CONSOMMATEURS OU NON

La dépendance à l'alcool ou à certaines drogues peut être dommageable pour la santé, mais elle peut aussi entraîner des problèmes personnels et familiaux. Par exemple, la consommation excessive d'alcool et l'usage des drogues sont souvent associés à des problèmes d'adaptation sociale et à la violence familiale.

LA CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL : DES TENDANCES DIVERGENTES SELON L'ÂGE

L'usage abusif d'alcool se situe au troisième rang des facteurs de risque de décès prématurés et d'incapacité dans le monde. Il constitue un facteur de risque important de troubles neuropsychiatriques, de certains cancers, de maladies cardiovasculaires et de traumatismes (Organisation mondiale de la Santé, 2010b).

Au Québec, on estime à près de 1 200 le nombre de décès attribuables à l'alcool au cours d'une année (Institut national de santé publique du Québec, 2010b). En 2007-2008, 17 % des Québécois de 12 ans et plus déclarent avoir eu une consommation abusive d'alcool (5 verres ou plus en une même occasion au moins 12 fois au cours de la dernière année). C'est chez les jeunes de 20-24 ans que la consommation abusive d'alcool est la plus répandue.

UN LÉGER RECUL DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES ÉLÈVES DU SECONDAIRE

La précocité de la consommation d'alcool chez les jeunes est un phénomène préoccupant depuis plusieurs années (gouvernement du Québec, 2006). Fait encourageant cependant, la consommation abusive d'alcool chez les élèves du secondaire (cinq verres ou plus en une même occasion au moins une fois au cours de la dernière année) est légèrement en recul, étant passée de 44 % en 2002 à 40 % en 2008 (Cazale, Fournier et Dubé, 2009).

Le Saguenay—Lac-Saint-Jean et la région de la Capitale-Nationale présentent une consommation excessive d'alcool plus élevée que l'ensemble du Québec. D'autres données indiquent cependant que cette problématique est beaucoup plus aiguë dans les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (Institut national de santé publique du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut de la statistique du Québec, 2006).

LA CONSOMMATION DE DROGUES CHEZ LES JEUNES QUÉBÉCOIS

Bien que la consommation de drogues illicites soit moins répandue que celle d'alcool, elle est néanmoins souvent associée à des problèmes sociaux et des problèmes de santé (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001b).

Au Québec, en 2008, 17 % des hommes et 9 % des femmes de 15 ans et plus disent avoir consommé des drogues au cours de la dernière année. Le cannabis est sans contredit la substance la plus fréquemment utilisée par les consommateurs de drogues au Québec, car près de trois d'entre eux sur quatre en font une consommation exclusive.

Des enquêtes menées au milieu des années 2000 montrent que la consommation de drogues au moins une fois au cours de la dernière année serait le fait d'une personne sur quatre dans la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James et de plus d'une sur deux au Nunavik (Muckle et autres, 2007 ; Anctil et Chevalier, 2008).

Chez les élèves du secondaire, la proportion de consommateurs de drogues est en baisse depuis le début des années 2000 au Québec. En 2008, 28 % d'entre eux déclarent en avoir consommé au cours de la dernière année (Cazale, Fournier et Dubé, 2009).

EN PERSPECTIVE

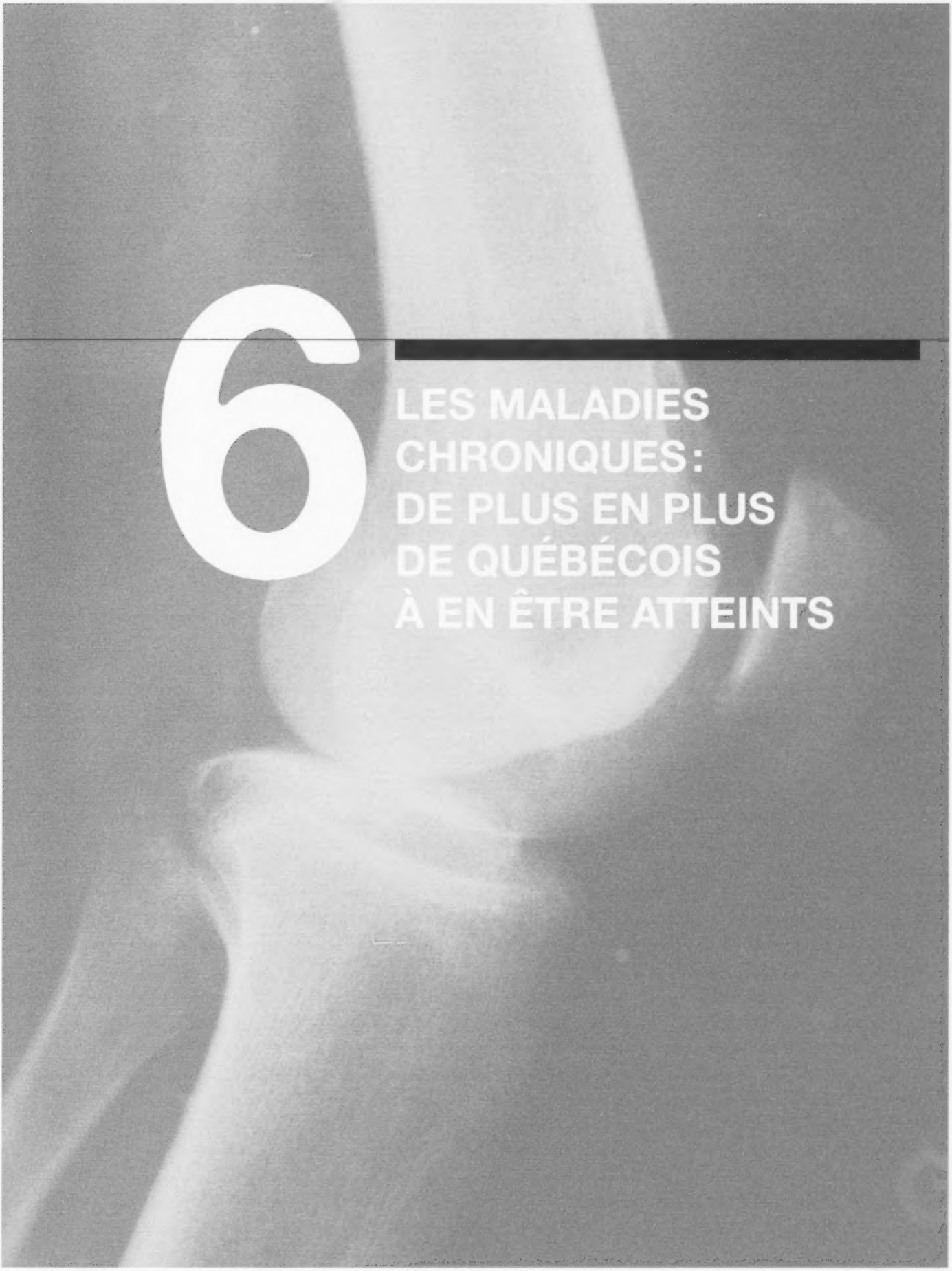
Changer ses habitudes de vie est souvent très difficile. Cesser de fumer, manger mieux ou moins et bouger davantage sont des comportements que plusieurs d'entre nous ont eu à adopter au fil des ans. Ce bref portrait populationnel des habitudes de vie des Québécois indique qu'il y a eu amélioration de celles-ci dans le cas de la consommation de fruits et légumes, de l'activité physique chez les adultes et du tabagisme.

Toutefois, des progrès peuvent encore être réalisés, notamment quant au surplus de poids et à l'obésité. C'est pourquoi diverses initiatives gouvernementales et ministérielles ont pour objectif de faire la promotion de saines habitudes de vie. C'est dans le cadre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006a) qu'une série de mesures ont été introduites afin d'améliorer la qualité de vie des Québécois en leur permettant de vivre dans des environnements favorisant l'adoption de saines habitudes de vie. La portée de ces actions vise les jeunes et leur famille de même que les divers milieux de vie.

Malgré les succès des dernières années, la lutte contre le tabagisme doit demeurer au centre des préoccupations de santé publique. Les récentes données montrent un certain essoufflement du recul de l'usage de la cigarette, qui demeure encore plus élevé au Québec que dans la plupart des autres provinces canadiennes. L'intervention contre le tabagisme se déploie sur plusieurs fronts, dont les mesures législatives, l'éducation et la sensibilisation ainsi que le soutien et la mobilisation. Bien que ce soit surtout les nouvelles mesures législatives qui retiennent l'attention médiatique, celles de soutien comme les centres d'abandon du tabagisme ou la ligne j'Arrête jouent un rôle central dans la stratégie de lutte contre le tabagisme. Les jeunes demeurent une cible privilégiée de la lutte contre le tabagisme, et c'est pourquoi le *Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2010c) comprend plusieurs types d'interventions visant à prévenir l'initiation au tabagisme notamment chez les élèves du secondaire.

Les jeunes constituent également l'un des principaux groupes ciblés en matière de prévention de la toxicomanie. Par les interventions axées sur les jeunes, on vise avant tout le développement des compétences personnelles et sociales, pour les aider notamment à résister à la pression des pairs et à éviter que la consommation de drogues ou d'alcool devienne une stratégie d'adaptation sociale (gouvernement du Québec, 2006).

De manière plus générale, le milieu scolaire constitue un lieu privilégié d'interventions pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie chez les jeunes, comme une alimentation équilibrée, la pratique d'activité physique ou l'abstinence tabagique. Les interventions réalisées selon l'approche École en santé permettent d'agir tant sur les individus que sur leur environnement, incluant l'école elle-même, les parents et la communauté. Des outils ont été récemment élaborés au sujet des interventions à réaliser en milieu scolaire primaire et secondaire pour favoriser l'adoption de saines habitudes de vie par les enfants et les jeunes (Institut national de santé publique du Québec, 2010c).



6 LES MALADIES CHRONIQUES : DE PLUS EN PLUS DE QUÉBÉCOIS À EN ÊTRE ATTEINTS

Au Québec, certaines maladies chroniques font l'objet d'une surveillance plus particulière, notamment les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires, les maladies ostéoarticulaires, les troubles mentaux et les démences ainsi que le cancer. À ces maladies peut s'ajouter l'obésité, qui peut être considérée à la fois comme une maladie chronique et un facteur de risque d'autres maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, diabète, certains cancers, etc.).

CE QU'ON ENTEND PAR MALADIES CHRONIQUES

Il existe plusieurs définitions des maladies chroniques. Les paramètres communs de ces définitions sont la durée de la maladie (une évolution lente et souvent irréversible) et son caractère non transmissible. Les maladies chroniques se caractérisent ainsi, car elles :

- se développent progressivement, même si elles peuvent comprendre des épisodes soudains et aigus ;
- sont généralement évitables ou leur survenue peut être retardée ;
- ont des causes multiples et complexes ;
- peuvent apparaître tout au long de la vie, même si généralement leur prévalence augmente avec l'âge ;
- sont susceptibles de compromettre la qualité de vie, par la survenue d'incapacités et la perte d'autonomie.

Les principaux facteurs de risque communs aux différentes maladies chroniques sont modifiables, car ils sont surtout liés aux habitudes de vie telles qu'une mauvaise alimentation, la sédentarité et le tabagisme. L'effet combiné du vieillissement de la population et de ces facteurs de risque est responsable de l'augmentation de l'importance des maladies chroniques au Québec comme dans les autres sociétés occidentales.

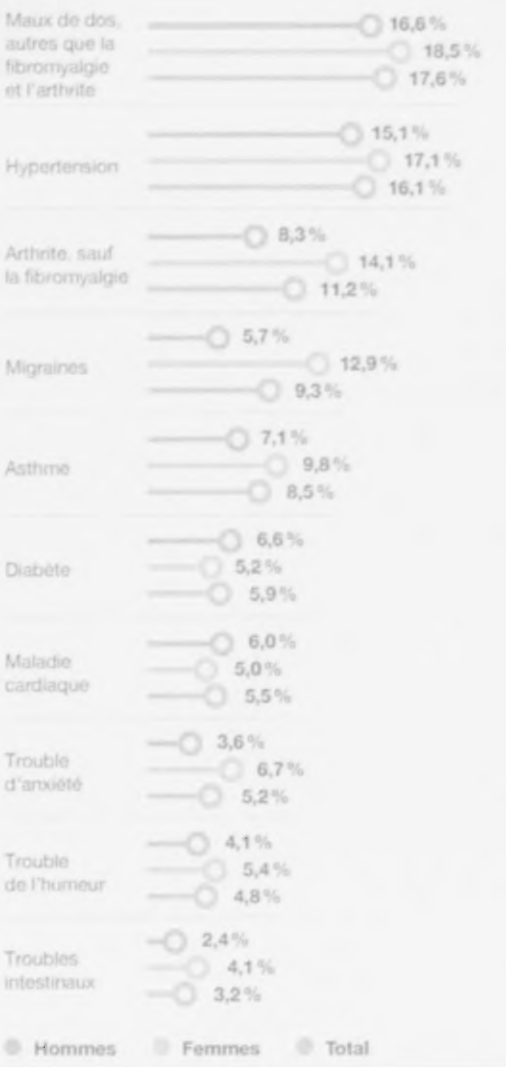
L'ESTIMATION DE L'AMPLEUR DES MALADIES CHRONIQUES

Différentes sources de données peuvent être utilisées pour obtenir des informations statistiques sur les maladies chroniques. Les enquêtes de santé permettent d'estimer la proportion et le nombre de personnes qui déclarent souffrir d'une maladie, en général uniquement parmi la population vivant à domicile. Les fichiers des décès, des hospitalisations et des actes médicaux de la Régie de l'assurance maladie du Québec, pris séparément, fournissent respectivement des renseignements sur le nombre de décès, d'hospitalisations et de consultations liées aux différentes maladies chroniques. Le jumelage de plusieurs fichiers permet d'obtenir une information plus complète permettant de mesurer plus précisément l'ampleur spécifique et combinée des différentes maladies chroniques. Le Registre québécois du cancer permet quant à lui la surveillance du cancer chez toutes les personnes diagnostiquées ou traitées pour un cancer au Québec.

LES PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES EN AUGMENTATION CHEZ LES QUÉBÉCOIS

Plus de la moitié de la population âgée de 12 ans et plus aurait au moins 1 problème de santé chronique, et le quart en aurait au moins 2. En 2007-2008, les dix problèmes de santé les plus fréquents au Québec sont les maux de dos, l'hypertension, l'arthrite, les migraines, l'asthme, le diabète, les maladies cardiaques, les troubles d'anxiété, les troubles de l'humeur et les troubles intestinaux. Pour ces dix problèmes de santé, on trouve en général une plus forte proportion de femmes que d'hommes indiquant en souffrir. Cependant, comme ces données proviennent d'enquêtes et sont basées sur la déclaration des répondants, elles peuvent différer de celles provenant de fichiers administratifs. L'exactitude des données d'enquêtes serait aussi plus faible pour les problèmes de santé les moins graves (Schultz et Kopec, 2003).

FIGURE 15.
PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES AU QUÉBEC EN 2007-2008



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 36).

L'ALZHEIMER : DES DONNÉES PARTIELLES MAIS INQUIÉTANTES

Les données disponibles sur les personnes souffrant d'Alzheimer sont très partielles. Cette situation s'explique en partie par le fait que les données couvrent principalement les personnes vivant en ménage privé, alors qu'une proportion importante des personnes atteintes d'Alzheimer se trouvent dans des logements collectifs tels que des établissements de santé ou des résidences pour personnes âgées.

On estime que le nombre de personnes atteintes d'Alzheimer au Québec ou de démences apparentées va doubler entre 2010 et 2035, passant de 125 000 à près de 270 000 (Société Alzheimer du Canada, 2011). En 2000, on enregistrait 1 441 décès dont la cause initiale était l'Alzheimer. En 2010, ce nombre a augmenté à plus de 2000 décès, soit une hausse de plus de 40 % (Infocentre de santé publique, 2011). L'Alzheimer se classe au deuxième rang des maladies que redoutent le plus les Canadiens à mesure qu'ils vieillissent (Société Alzheimer du Canada, 2009).

L'HYPERTENSION : PLUS D'UN MILLION DE QUÉBÉCOIS EN SONT ATTEINTS

L'hypertension est une condition chronique qui survient lorsque la pression artérielle demeure élevée pendant de longues périodes. Cette condition affecte les artères, le cœur, le cerveau et les reins, et constitue ainsi un facteur de risque majeur pour les maladies cardiovasculaires. En l'absence de traitement, l'hypertension peut augmenter les risques d'accidents vasculaires cérébraux, de coronaropathies, de démence, d'insuffisance rénale ou cardiaque et d'autres maladies chroniques (Agence de la santé publique du Canada, 2010).

En 2007-2008, l'hypertension est le problème de santé chronique le plus souvent rapporté après les maux de dos, et les femmes semblent déclarer davantage ce problème de santé que les hommes. La proportion de personnes déclarant être hypertendues augmente avec l'âge. En 2007-2008, cette proportion passe de 22 % chez les personnes âgées de 45 à 64 ans à 46 % chez celles de 65 ans et plus. Les comparaisons dans le temps montrent une tendance à la hausse de la prévalence de ce problème tant chez les hommes que chez les femmes.

LA SURVEILLANCE DE L'HYPERTENSION AU QUÉBEC

Récemment, les premières estimations de la prévalence de l'hypertension obtenues à partir des données administratives jumelées montrent que le nombre de personnes atteintes d'hypertension au Québec s'élevait à 1 300 000 en 2006-2007, ce qui représente 22 % des Québécois âgés de 20 ans et plus. Bien que les tendances dans le temps montrent que la prévalence de l'hypertension augmente, cette nouvelle source de données dévoile plutôt que l'incidence est en diminution au Québec (Blais et Rochette, 2011).

La prévalence de l'hypertension varie peu d'une région à l'autre : seules les régions de Montréal et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine se distinguent, la première par une prévalence relative plus faible que la moyenne québécoise et la deuxième par une prévalence plus élevée. Le Québec présente une proportion semblable à celle de l'ensemble du Canada (Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

LE DIABÈTE : PLUS EN SOUFFRENT, MOINS EN MEURENT

Il existe deux types de diabète (excluant celui lié à la grossesse) : le diabète de type 1 et le diabète de type 2. Le diabète de type 1, qui représente 10 % des cas diagnostiqués, se caractérise par une carence totale d'insuline et se traite par injection d'insuline. Il apparaît souvent avant l'âge adulte, et il n'existe aucun facteur de risque modifiable. Le diabète de type 2 représente 90 % des cas et se caractérise par une production insuffisante d'insuline ou une résistance à son action. Les principaux facteurs de risque de ce type de diabète sont l'obésité et la sédentarité (Émond, 2006).

Un peu plus de 450 000 Québécois souffrent de diabète, et cette maladie occasionne 4 400 hospitalisations et 1 500 décès en moyenne annuellement. La prévalence du diabète, comme celle de la plupart des maladies chroniques, augmente rapidement avec l'âge. Si dans l'ensemble de la population 6 % des personnes sont diabétiques, ce sont près du quart des personnes de 75 ans et plus qui le sont. Le diabète affecte une plus grande proportion d'hommes que de femmes.

LES DONNÉES BRUTES ET LES DONNÉES AJUSTÉES SELON L'ÂGE

Dans l'analyse des indicateurs de santé, on utilise à la fois des données brutes et des données ajustées selon l'âge. Les données brutes permettent de suivre le fardeau d'un problème donné, peu importe si ce fardeau est essentiellement dû à un vieillissement de la structure par âge. Les données ajustées permettent d'éliminer l'influence de la structure d'âge afin d'axer l'analyse sur l'évolution épidémiologique du phénomène ou pour faire des comparaisons territoriales.

Par exemple, entre 1987 et 2009, pour la mortalité par cancer, le taux brut a augmenté de 25 %, mais le taux ajusté a diminué de 17 %. On peut ainsi en conclure que la mortalité par cancer a diminué, bien que le fardeau de cette maladie sur la société québécoise se soit accru.

Depuis le début des années 2000, la prévalence du diabète ajustée selon l'âge n'a cessé d'augmenter, passant de 4,5 % en 2000-2001 à 6,0 % en 2006-2007. Cette augmentation serait principalement due au fait que les personnes atteintes survivent plus longtemps. En termes absolus, si l'on ne tient pas compte du vieillissement de la population, le nombre de diabétiques s'est accru de plus de 50 % depuis l'an 2000, passant d'un peu moins de 300 000 personnes à un peu plus de 450 000 (Pigeon et Larocque, 2011).

Les régions qui se distinguent par des prévalences plus élevées que la moyenne québécoise sont la Côte-Nord, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, Montréal, Laval et Lanaudière. Montréal présente également une mortalité par diabète plus élevée que l'ensemble du Québec, de même que l'Outaouais. À l'échelle canadienne, le Québec affiche, avec l'Alberta et la Colombie-Britannique, les prévalences les plus faibles de diabète (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

L'OBÉSITÉ AU QUÉBEC : UNE PROGRESSION ALARMANTE

En 2009-2010, les données recueillies à partir des déclarations des répondants de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes montrent qu'environ 16 % des Québécois de 18 ans et plus font de l'obésité, ce qui représente près de 1 000 000 d'adultes. Une tendance à la progression de ce fléau se dessine au Québec. Deux régions se démarquent avec une prévalence de l'obésité supérieure à la moyenne québécoise : le Nord-du-Québec et l'Abitibi-Témiscamingue.

LA MESURE DE L'OBÉSITÉ : L'INDICE DE MASSE CORPORELLE

L'obésité est mesurée à partir de l'indice de masse corporelle (IMC). Pour obtenir l'IMC, on tient compte du poids et de la taille de l'individu en appliquant les normes de l'Organisation mondiale de la Santé. Les informations recueillies pour mesurer l'IMC proviennent de renseignements fournis par les individus ou de mesures directes de la taille et du poids. Les informations provenant de données déclarées et non mesurées entraînent généralement une sous-estimation de l'obésité, car les répondants ont tendance à exagérer leur taille et à minimiser leur poids (Shields et autres, 2008).

La proportion de personnes obèses au Québec est légèrement inférieure à celle de la moyenne canadienne. Cependant, les comparaisons internationales montrent que les valeurs observées au Québec et au Canada sont supérieures à celles de la majorité des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, et illustrent bien l'ampleur du phénomène de l'obésité ici comme ailleurs en Amérique du Nord (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

OBÉSITÉ ET ESPÉRANCE DE VIE : DES EFFETS SEMBLABLES À CEUX DU TABAGISME

Selon une étude portant sur près de 900 000 adultes principalement d'Europe et d'Amérique du Nord, un IMC de 30 à 35 réduirait de 2 à 4 années l'espérance de vie d'un individu par rapport à celle d'une personne de poids normal. Cet écart atteindrait même dix années dans le cas des personnes dont l'obésité est plus grave (IMC de 40 à 45), ce qui serait équivalent aux effets néfastes du tabagisme (Prospective Studies Collaboration, 2009). Ainsi, les gains anticipés en longévité avec le recul du tabagisme pourraient être remis en question par l'épidémie d'obésité.

FIGURE 16.
ADULTES SOUFFRANT D'OBÉSITÉ EN 2007, COMPARAISONS INTERNATIONALES

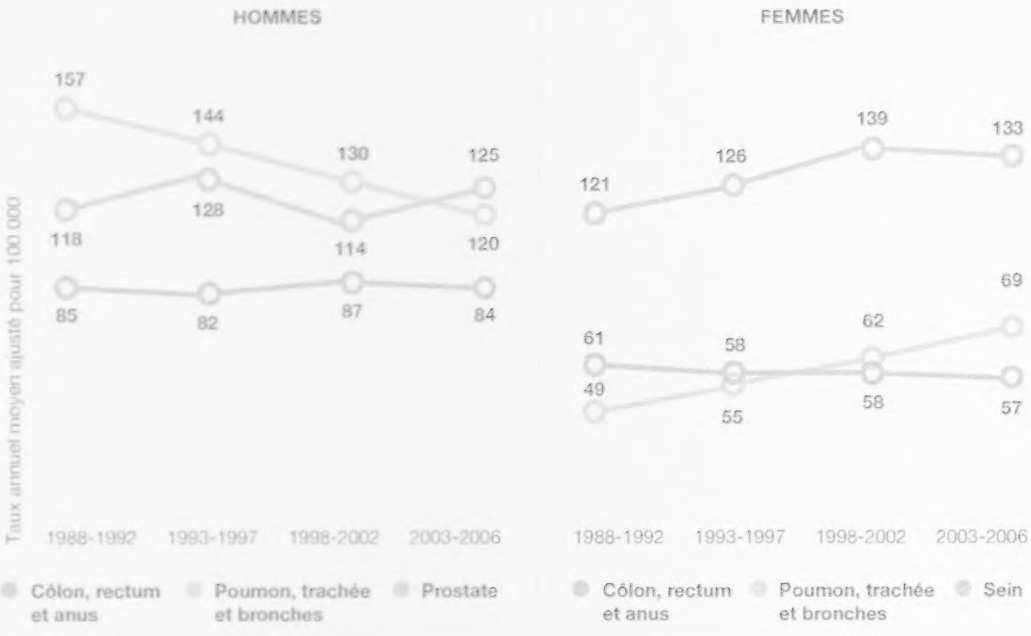
Source : Institut national de santé publique du Québec, 2010a.

LE CANCER AU QUÉBEC: DES GAINS À RÉALISER

La lutte contre le cancer est un enjeu de première importance au Québec comme l'illustre le fait qu'il s'agit de la première cause de mortalité depuis plusieurs années. Les données populationnelles sur cette maladie peuvent être analysées sous différents angles: l'incidence (les nouveaux cas enregistrés au cours d'une période), les hospitalisations et les décès. Selon les données les plus récentes, on dénombre en moyenne par année, pour l'ensemble des cancers, 38 000 nouveaux cas diagnostiqués, 47 000 hospitalisations et 18 000 décès.

Les taux d'incidence et de mortalité par cancer augmentent rapidement avec l'âge, de telle sorte que les taux bruts augmentent avec le vieillissement de la population québécoise. Mais si l'on tient compte de l'effet de l'âge, la situation est quelque peu différente. Depuis le milieu des années 1990, le taux ajusté d'incidence a augmenté légèrement, et celui de la mortalité a légèrement reculé. Les femmes ont enregistré une hausse de l'incidence du cancer, mais une quasi-stabilité de la mortalité par cancer, alors que ces deux phénomènes sont à la baisse chez les hommes. Quatre cancers sont à l'origine de plus de la moitié des nouveaux cas de cancers enregistrés chaque année et sont responsables d'une proportion aussi importante des décès: le cancer du poumon, trachée et bronches, le cancer du côlon, rectum et anus, le cancer du sein chez la femme et le cancer de la prostate.

FIGURE 17.
INCIDENCE POUR LES PRINCIPAUX SIÈGES DE CANCER AU QUÉBEC DE 1988-1992 À 2003-2006



Source: ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 41).

Le cancer du poumon, trachée et bronches représente, chez les hommes et chez les femmes, la première cause de mortalité par cancer et la deuxième cause d'incidence. Depuis le début des années 1990, les taux d'incidence et de mortalité de ce cancer diminuent chez les hommes, mais ils sont en hausse chez les femmes.

Le cancer du côlon, rectum et anus constitue la deuxième cause de mortalité et la troisième cause d'incidence par cancer chez les hommes, alors que ce cancer est la troisième cause en importance chez les femmes tant pour l'incidence que pour la mortalité. Au cours des dix dernières années, l'incidence est demeurée relativement stable, et la mortalité a diminué d'un peu plus de 10 %, et ce, à la fois chez les hommes et chez les femmes.

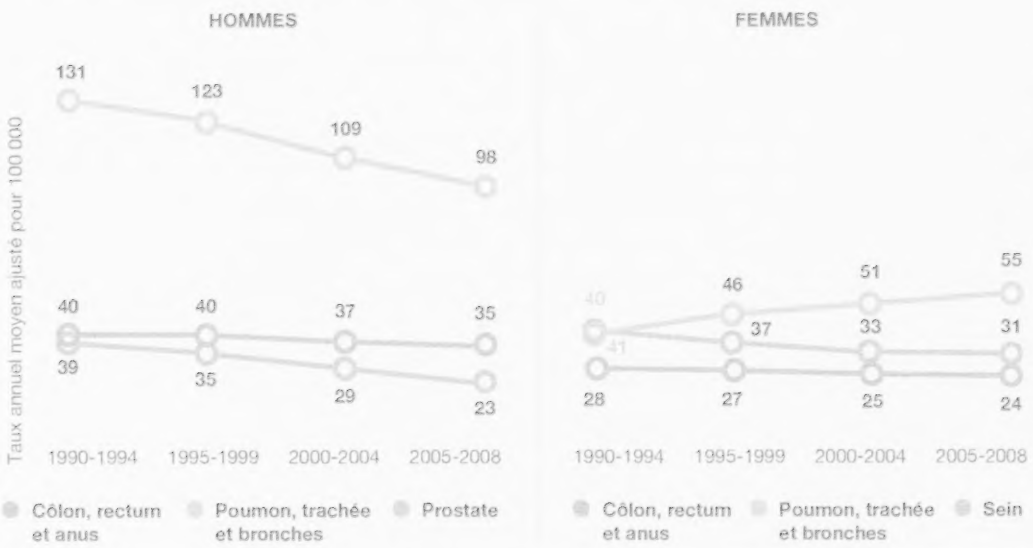
Le cancer du sein est à l'origine du plus grand nombre de nouveaux cas de cancer enregistrés chaque année et constitue la deuxième cause de mortalité par cancer chez les femmes. Au cours des dix dernières années, le taux d'incidence a plutôt fluctué sans montrer de tendance précise, alors que le taux de mortalité affiche une baisse d'un peu plus de 15 %.

Le cancer de la prostate constitue depuis 2003 la première cause d'incidence chez les hommes, devant celui du poumon, trachée et bronches. Il arrive cependant au troisième rang pour la mortalité, derrière celui du poumon, trachée et bronches ainsi que celui du côlon, rectum et anus. Au cours de la dernière décennie, le taux d'incidence est demeuré relativement stable, alors que le taux de mortalité a chuté de près du tiers.

La comparaison des données québécoises avec celles des autres provinces canadiennes et des principaux pays industrialisés souligne à quel point il est possible de réaliser des gains au Québec contre ce fléau. Parmi les provinces canadiennes, le Québec affiche le taux le plus élevé de mortalité par tumeurs malignes après Terre-Neuve-et-Labrador ainsi que la Nouvelle-Écosse. Cette position défavorable est particulièrement importante dans le cas du cancer du poumon, trachée et bronches (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

Parmi les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques, le Québec affiche les taux les plus élevés pour l'ensemble des cancers ainsi que pour le cancer du côlon, rectum et anus de même que celui du poumon, trachée et bronches. Dans ce dernier cas, le Québec affiche le taux le plus élevé. Pour le cancer du sein, il se situe au milieu du classement (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

FIGURE 18.
MORTALITÉ POUR LES PRINCIPAUX SIÈGES DE CANCER AU QUÉBEC DE 1990-1994 À 2005-2008

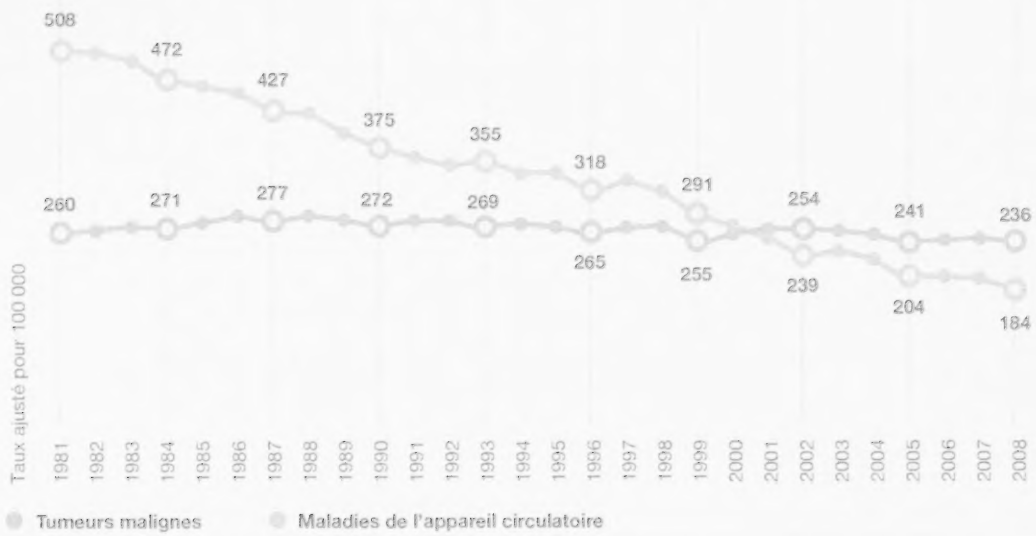


Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 42).

LA LUTTE CONTRE LES MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE: UN BILAN TRÈS POSITIF

Annuellement, on dénombre en moyenne 90 000 hospitalisations et près de 15 000 décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire. Les taux ajustés d'hospitalisation et de mortalité montrent une baisse de l'ordre de 35 % au cours des dix dernières années. Cette diminution de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a fait passer, depuis le début des années 2000, cette cause au deuxième rang, derrière les tumeurs, au classement des principales causes de décès au Québec. Cette évolution positive est attribuable notamment au recul du tabagisme et à un meilleur contrôle de l'hypertension chez les individus. Cependant, la baisse de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire aurait sans doute été encore plus importante n'eut été de la progression de l'obésité (Organisation mondiale de la Santé, 2003c).

FIGURE 19.
MORTALITÉ PAR MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE ET PAR TUMEURS MALIGNES AU QUÉBEC DE 1981 À 2008



Source: ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version mai 2011.

Les maladies de l'appareil circulatoire peuvent se décliner selon trois catégories, qui occasionnent plus des trois quarts des décès liés à cette cause: les cardiopathies ischémiques (52 %), les maladies vasculaires (20 %) et les maladies des artères (5 %). Les maladies de l'appareil circulatoire touchent plus les hommes que les femmes. Les taux ajustés selon l'âge indiquent pour les hommes un excès de mortalité de 39 % par rapport aux femmes. Les hommes présentent une surmortalité importante pour les cardiopathies ischémiques (67 %) et les maladies des artères (76 %). Cependant, les taux sont similaires chez les hommes et les femmes pour les maladies vasculaires cérébrales.

Les comparaisons canadiennes et internationales permettent de mesurer l'importance des gains accomplis au Québec en ce qui a trait à la réduction de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire. Le Québec affiche ainsi le taux le plus faible parmi les provinces canadiennes, et sur le plan international, seuls le Japon et la France enregistrent des valeurs plus favorables (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

LES MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE : LE QUÉBEC EST COMPARABLE AU CANADA

Les maladies de l'appareil respiratoire occasionnent chaque année au Québec 60 000 hospitalisations et près de 5 000 décès. Toutefois, les changements survenus dans la classification de ces maladies ne permettent pas d'établir de comparaisons fiables dans le temps (Statistique Canada, 2005).

Tant pour les hospitalisations que pour les décès, les hommes affichent des taux environ 30 % supérieurs à ceux des femmes. Les maladies de l'appareil respiratoire englobent deux grandes catégories : les grippes et les pneumopathies ainsi que les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures, qui comprennent l'emphysème, la bronchite chronique et l'asthme. Pour la première catégorie, la surmortalité des hommes est de l'ordre de 10 %, mais elle passe à 30 % pour les maladies chroniques des voies respiratoires inférieures.

Les maladies respiratoires représentent environ 10 % de l'ensemble des hospitalisations et des décès. Avant 65 ans, le poids de cette maladie est relativement faible, mais atteint un sommet dans le groupe des 75 ans et plus.

Les taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire observés au Québec sont comparables à ceux de l'ensemble du Canada. Sur le plan international, le Québec se situe au milieu du classement des principaux pays industrialisés (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

LE FARDEAU DES MALADIES CHRONIQUES

Au Québec, à la suite de l'augmentation continue de l'espérance de vie à la naissance, on observe un nombre croissant de personnes qui vivent de plus en plus longtemps avec des maladies chroniques. Certains travaux montrent que les gains les plus importants en années vécues et en années vécues en santé seraient attribuables à l'élimination des tumeurs malignes et des cardiopathies ischémiques. Pour les troubles mentaux et les troubles du comportement ainsi que pour les maladies hypertensives, les gains en années vécues en santé seraient beaucoup plus élevés que les gains en années vécues. Ce sont les personnes âgées de 65 ans et plus qui bénéficieraient de la très grande majorité des gains en années vécues résultant de l'élimination de ces maladies chroniques (Martel et Choinière, 2007).

FIGURE 20.
DES RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT DÉFAVORABLEMENT

INDICATEURS	RÉGIONS
Prévalence du diabète (2006-2007)	• Côte-Nord • Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Montréal • Laval • Lanaudière
Hypertension (2007-2008)	• Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
Obésité (2007-2008)	• Nord-du-Québec • Abitibi-Témiscamingue
Incidence du cancer (2003-2006)	• Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Côte-Nord • Saguenay—Lac-Saint-Jean • Laurentides • Lanaudière • Capitale-Nationale
Mortalité par tumeurs malignes (2005-2008)	• Nunavik • Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Côte-Nord • Lanaudière • Laurentides • Saguenay—Lac-Saint-Jean
Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire (2005-2008)	• Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Montérégie • Montréal
Mortalité par maladies de l'appareil respiratoire (2005-2008)	• Nunavik • Terres-Cries-de-la-Baie-James • Côte-Nord • Bas-Saint-Laurent • Lanaudière • Mauricie et Centre-du-Québec

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiches 37, 38, 39, 41, 42, 43 et 44).

EN PERSPECTIVE

Avec le vieillissement de la population et l'espérance de vie qui augmente depuis plusieurs années, de plus en plus de Québécois vivront de plus en plus longtemps atteints d'une ou de plusieurs maladies chroniques. La complexité des maladies chroniques, notamment quant à leurs causes et à leur développement, se reflète dans la diversité des interventions devant faire partie du continuum de services allant de la promotion et de la prévention aux services curatifs très spécialisés.

L'évolution de notre mode de vie a fait en sorte que nous bougeons moins et que notre alimentation n'est souvent pas adéquate. Ces deux facteurs prédisposent évidemment au surplus de poids et souvent au développement de maladies chroniques comme le diabète et les maladies de l'appareil circulatoire. Le *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006a) prévoit une série de mesures convergentes pour contrer ces phénomènes qui affectent l'état de santé de la population québécoise. Les jeunes et leur milieu de vie font l'objet d'une attention particulière à cet égard. Les succès dans la lutte contre le tabagisme sont pour beaucoup dans la diminution de la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire et par cancer du poumon chez les hommes. Des actions concertées dans la lutte contre la sédentarité et la mauvaise alimentation pourront produire des résultats semblables ou du moins diminuer la progression de plusieurs maladies chroniques au sein de la population, notamment l'obésité... une épidémie contemporaine.

Depuis une dizaine d'années maintenant, le cancer est la première cause de décès au Québec et la lutte contre cette maladie s'est consolidée, notamment par diverses interventions qui concernent les soins et les services, en conformité avec les Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer. Le Programme québécois de dépistage du cancer du sein a permis non seulement de déterminer les groupes prioritaires, mais également d'observer les tendances à la suite de leur mise en place, comme cela est prévu par le Programme québécois de dépistage du cancer colorectal. La gestion de l'accès au traitement en radio-oncologie ainsi que la prise en charge du patient par l'infirmière pivot en oncologie se sont ajoutées aux moyens de lutter contre le cancer. Enfin, avec le nouveau Registre québécois du cancer, il sera possible de mieux documenter les cas de cancers, notamment avec la date de diagnostic et le stade de la maladie. Ces informations contribueront à améliorer la planification et l'évaluation des soins et des services.

7

LA SANTÉ BUCCODENTAIRE ET NOS HABITUDES QUI L'INFLUENCENT

La santé buccodentaire d'une population est largement tributaire des comportements qu'elle adopte, de l'utilisation qu'elle fait des services dentaires et de l'accès à l'eau fluorée. Le présent portrait de l'état de santé buccodentaire des Québécois a été élaboré selon l'ensemble de ces aspects.

L'ÉTAT DE SANTÉ BUCCODENTAIRE DES QUÉBÉCOIS ET LA PERCEPTION QU'ILS EN ONT

UNE MINORITÉ IMPORTANTE DE QUÉBÉCOIS NE SE PERÇOIT PAS EN BONNE SANTÉ BUCCODENTAIRE

En 2007-2008, 12 % des Québécois de 12 ans et plus ne se perçoivent pas en bonne santé buccodentaire, cette proportion ayant tendance à augmenter avec l'âge. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à considérer plutôt négativement leur santé buccodentaire.

L'ÉDENTATION ALTÈRE LA QUALITÉ DE VIE D'UN GRAND NOMBRE DE PERSONNES ÂGÉES

La carie dentaire et les maladies parodontales représentent les principales maladies affectant le système masticatoire et ayant pour conséquence la perte des dents. L'édentation peut entraîner des problèmes d'élocution, de mastication, de nutrition, d'esthétique et d'estime de soi, et créer un fardeau financier lié à la fabrication et au remplacement des prothèses dentaires (U.S. Department of Health and Human Services, 2000).

Les personnes ayant des prothèses dentaires dites non fonctionnelles consommeraient plus de médicaments pour soigner des problèmes gastro-intestinaux que les personnes possédant des prothèses dentaires dites fonctionnelles (Brodeur et Simard, 1990). Par ailleurs, les personnes sans dents naturelles auraient de moins bonnes habitudes alimentaires que les personnes ayant 25 dents ou plus. Ainsi, les personnes sans dents naturelles consommeraient moins de légumes, de fibres et de carotène, mais plus de cholestérol, de matières grasses saturées et de calories (Joshipura, Willett et Douglas, 1996).

LA CARIE DENTAIRE EST EN RECUL CHEZ LES ENFANTS

Au cours des années 1980 et 1990, on a observé une diminution importante de la carie dentaire chez les enfants de la plupart des pays industrialisés. Le Québec suit cette tendance générale. Par exemple, l'indice caod (dents cariées, absentes et obturées en denture temporaire) chez les enfants de la 2e année du primaire est passé de 4,41 en 1983-1984 à 2,65 en 1998-1999. Ce même phénomène est aussi observé chez les enfants de la 6e année du primaire, chez qui l'indice CAOD (dents cariées, absentes et obturées en denture permanente) est passé, entre 1983-1984 et 1996-1997, de 3,80 à 1,85 (Brodeur et autres, 1999; Brodeur et autres, 2001).

La proportion de la population québécoise de 15 ans et plus sans dents naturelles a diminué depuis le début des années 1990 pour se situer à 11 % en 2008 (Santé et Bien-être Canada, 1993; Camirand et Galarneau, 2010). Toutefois, l'édentation demeure un problème important au Québec, notamment chez les personnes de 65 ans et plus, 40 % d'entre elles n'ayant plus de dents naturelles. De plus, les femmes de 45 ans et plus sont plus nombreuses en proportion que les hommes à n'avoir aucune dent naturelle (Camirand et Galarneau, 2010).

LA SANTÉ BUCCODENTAIRE EST LE REFLET DES INÉGALITÉS SOCIOÉCONOMIQUES

En santé buccodentaire comme pour d'autres aspects de la santé, la vulnérabilité socioéconomique est souvent liée à un moins bon état de santé. La proportion de Québécois de 15 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire est plus élevée chez ceux se considérant comme pauvres ou très pauvres. De même, 17 % des personnes se considérant ainsi sont sans dents naturelles contre 10 % pour celles se disant à l'aise financièrement ou avec un revenu suffisant. Enfin, les Québécois possédant un diplôme d'études universitaires sont plus nombreux en proportion à se brosser les dents au moins deux fois par jour que ceux ayant une scolarité inférieure (Camirand et Galarneau, 2010).

DES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ BUCCODENTAIRE QUI PEUVENT ÊTRE MODIFIÉS

LA FLUORATION DE L'EAU POTABLE : LA MEILLEURE FAÇON D'AMÉLIORER LA SANTÉ BUCCODENTAIRE

Après plus de 65 années d'expérimentation, la fluoration de l'eau potable est reconnue comme une mesure de prévention de la carie dentaire sûre, efficace et économique. Selon les études scientifiques, la fluoration de l'eau représente la mesure de santé publique la plus efficace pour prévenir la carie dentaire, peu importe l'âge ou la situation socioéconomique des utilisateurs (U.S. Department of Health and Human Services, 2000). Dans le *Guide canadien de médecine clinique préventive*, on rapporte des réductions de l'incidence de la carie de 20 % à 40 % lorsque cette mesure est appliquée (Lewis et Ismail, 2006). Par ailleurs, la fluoration de l'eau potable n'a pas d'effets néfastes connus sur l'environnement (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000).

Alors que le ministère de la Santé et des Services sociaux a pour objectif de faire en sorte que 50 % de la population du Québec ait accès à de l'eau fluorée (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b), cette proportion n'est que de 3,4 % en 2008 et est même en baisse par rapport à 2003 (7,5 %). En 2007, le Québec demeure l'une des provinces canadiennes dont l'eau est la moins fluorée. À titre de comparaison, en Ontario et en Alberta, trois citoyens sur quatre ont accès à de l'eau fluorée.

FIGURE 21.
POPULATION CONSOMMANT DE L'EAU FLUORÉE EN 2007, COMPARAISONS CANADIENNES

Source : Santé Canada, 2009.

RÉTICENCE À L'UTILISATION DE LA SOIE DENTAIRE

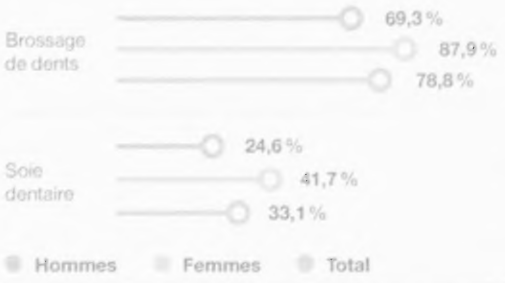
Le brossage des dents et l'utilisation quotidienne de la soie dentaire dans le but d'enlever la plaque dentaire sont des mesures importantes à privilégier dans la prévention de la carie dentaire et des maladies parodontales. L'utilisation combinée de la soie dentaire et de la brosse à dents réduirait le saignement gingival (Graves, Disney et Stamm, 1989). C'est dans ce contexte que le Ministère a pour objectif d'augmenter le nombre de personnes se brossant les dents deux fois par jour avec un dentifrice fluoré et utilisant quotidiennement la soie dentaire. Pour ce faire, il préconise la promotion et l'enseignement de ces mesures dans tous les groupes d'âge.

La promotion du brossage des dents avec un dentifrice fluoré représente une mesure efficace pour réduire la carie dentaire. Les activités de promotion de l'hygiène buccodentaire ont des effets positifs, à court terme, sur la quantité de plaque. De même, les activités d'éducation des parents portant sur le contrôle de la plaque dentaire chez les jeunes enfants sont efficaces (Kay et Locker, 1998).

Au Québec, près de 80 % des personnes de 15 ans et plus se brossent les dents au moins 2 fois par jour, alors que seulement 33 % d'entre elles utilisent la soie dentaire 1 fois par jour ou plus. Dans les régions du Saguenay—Lac-Saint-Jean, de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et de la Capitale-Nationale, l'utilisation de la brosse à dents au moins deux fois par jour est plus élevée que dans le reste du Québec. Par contre, les résidents de l'Abitibi-Témiscamingue, des Laurentides et de la Mauricie et Centre-du-Québec sont proportionnellement moins nombreux à avoir adopté cette habitude.

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à se brosser les dents et à utiliser quotidiennement la soie dentaire. Par ailleurs, l'utilisation de la soie dentaire augmente avec l'âge. Ce phénomène peut s'expliquer par le fait que les maladies parodontales, pour lesquelles l'utilisation de la soie dentaire est fortement recommandée, sont plus fréquentes chez les personnes plus âgées.

FIGURE 22.
POPULATION SE BROSSANT LES DENTS AU MOINS DEUX FOIS PAR JOUR ET POPULATION UTILISANT LA SOIE DENTAIRE AU MOINS UNE FOIS PAR JOUR AU QUÉBEC EN 2008



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 46).

Enfin, notons que la proportion des femmes de 35 à 44 ans se brossant les dents au moins 2 fois par jour est supérieure à l'objectif de 85 % visé par le Ministère pour ce groupe d'âge. En effet, 89 % des femmes de 35 à 44 ans se brossent les dents au moins 2 fois par jour contre 75 % des hommes (Camirand et Galarneau, 2010).

L'UTILISATION DES SERVICES DENTAIRES

En 2007-2008, 60 % des Québécois de 12 ans et plus disent avoir consulté un dentiste, un hygiéniste dentaire ou un orthodontiste au cours des 12 derniers mois. Cette proportion est plus importante chez les femmes que chez les hommes.

Depuis 1974, le Québec offre des services dentaires gratuits aux enfants de moins de dix ans. En 2008, un peu moins de la moitié de ceux-ci ont visité le dentiste, le taux de participation au programme étant en légère baisse depuis 2002. C'est dans les régions de l'Outaouais et de Montréal que ce taux est le plus faible.

Selon les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec, le nombre de dentistes a peu varié au Québec au cours des dernières années et s'établit en 2008 à 45 pour 100 000 habitants.

FIGURE 23.
DES RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT

INDICATEURS	SITUATION MOINS FAVORABLE	SITUATION PLUS FAVORABLE
Population n'ayant plus de dents naturelles (2008)	• Nord-du-Québec • Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine • Saguenay – Lac-Saint-Jean • Abitibi-Témiscamingue • Bas-Saint-Laurent • Mauricie et Centre-du-Québec • Côte-Nord • Chaudière-Appalaches	• Montréal • Laval
Utilisation de la soie dentaire (2008)	• Bas-Saint-Laurent • Chaudière-Appalaches • Mauricie et Centre-du-Québec • Abitibi-Témiscamingue • Saguenay – Lac-Saint-Jean	• Montréal
Brossage de dents (2008)	• Abitibi-Témiscamingue • Laurentides • Mauricie et Centre-du-Québec	• Saguenay – Lac-Saint-Jean • Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine • Capitale-Nationale
Consultation d'un spécialiste des soins dentaires (2007-2008)	• Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine • Côte-Nord • Abitibi-Témiscamingue • Bas-Saint-Laurent • Mauricie et Centre-du-Québec	• Montérégie

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiches 45, 46 et 47).

EN PERSPECTIVE

Par le *Programme national de santé publique 2003-2012* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008b) et le *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006b), le ministère de la Santé et des Services sociaux propose des interventions efficaces pour réduire les problèmes de santé buccodentaire et favoriser l'acquisition de saines habitudes d'hygiène buccodentaire. Le Ministère souligne aussi l'importance d'agir efficacement sur les déterminants de la santé buccodentaire et d'intervenir en amont des problèmes de santé, c'est-à-dire avant qu'ils surviennent.

Il est également important de cibler les actions envers les groupes les plus vulnérables, notamment les moins favorisés sur le plan socioéconomique. La récente Enquête québécoise sur la santé de la population confirme la présence d'inégalités sociales et permet de distinguer les groupes les plus vulnérables sur le plan de la santé buccodentaire, soit les personnes moins scolarisées, moins favorisées économiquement, plus âgées et masculines.

L'accès aux services dentaires est influencé par plusieurs facteurs, comme le nombre et la répartition géographique des professionnels ainsi que l'expertise et l'infrastructure nécessaires et adaptés pour traiter les personnes avec des besoins spéciaux (ex. : personnes handicapées ou personnes en perte d'autonomie physique ou cognitive). L'accès aux services dentaires est aussi influencé par l'absence d'un régime universel de gratuité des soins dentaires.

Au Québec, les enfants de moins de dix ans ainsi que les prestataires d'une aide financière de dernier recours et les personnes à leur charge peuvent se prévaloir d'un régime de gratuité pour certains soins dentaires. Depuis 1982, il n'y a plus de services préventifs assurés pour les enfants de moins de dix ans ; le gouvernement a confié cette responsabilité au réseau de la santé publique. C'est dans ce contexte que le Ministère vise à intervenir tôt dans la vie des jeunes. C'est l'objectif des services préventifs rendus en milieu scolaire auprès des enfants à risque élevé de carie dentaire de même que des activités de promotion visant à favoriser l'acquisition de saines habitudes d'hygiène buccodentaire.

Enfin, favoriser l'accès à l'eau fluorée demeure la mesure la plus efficace pour améliorer globalement la santé buccodentaire de la population, tant chez les enfants que chez les adultes. L'intensification des efforts allant en ce sens pourrait permettre au Québec de rattraper en partie le retard qu'il accuse par rapport à plusieurs provinces canadiennes.

8

LES MALADIES INFECTIEUSES : DES AVANCÉES ET DES RECULS

Même si l'amélioration des conditions de vie et l'introduction de la vaccination ont fait reculer considérablement les maladies infectieuses au cours du 20e siècle, certaines d'entre elles représentent encore une menace réelle pour la santé de la population québécoise. Généralement, on distingue quatre catégories de maladies infectieuses : les maladies évitables par la vaccination, les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS), les maladies entériques et les infections nosocomiales.

LES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION : DES PROGRÈS RESTENT À FAIRE

L'immunisation demeure l'un des moyens les plus efficaces de contrer plusieurs maladies infectieuses. Depuis au moins 20 ans, on ne voit plus de cas de diphtérie au Québec. La poliomyélite a été en principe éliminée en Amérique. Même si la rubéole est sous le seuil de l'élimination au Québec, cela ne remet pas en cause la pertinence des programmes de suivi de la rubéole chez la femme enceinte.

QU'ENTENDONS-NOUS PAR ÉLIMINATION, ÉCLOSION ET PÉRIODE ENDÉMIQUE ?

L'élimination correspond à la situation dans laquelle une transmission soutenue ne peut se produire et où les cas secondaires à une importation s'interrompront d'eux-mêmes, sans intervention.

Une éclosion correspond à une augmentation soudaine et localisée de l'incidence d'une maladie.

Une période endémique est une période durant laquelle la présence d'une maladie est considérée comme « normale », constante, habituelle ou permanente.

Peu de cas d'oreillons ont été observés au Québec au cours des années 2000, mais une éclosion a eu lieu entre décembre 2009 et juin 2011, éclosion au cours de laquelle au moins 700 cas ont été répertoriés. Des cas ont été rapportés dans la plupart des régions du Québec, mais c'est la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James qui a été davantage touchée avec près de la moitié des cas. Un peu plus de la moitié des cas sont survenus chez des personnes de moins de 25 ans (Bélanger, 2011).

L'ÉCLOSION DE ROUGEOLE EN 2011

Bien que l'incidence de la rougeole soit négligeable depuis la campagne de revaccination en 1996 et l'introduction, cette même année, de la seconde dose de vaccin contre la rougeole, la rubéole et les oreillons dans le calendrier régulier, des éclosions surviennent sporadiquement. Celle de 2011 est la plus importante des dernières années. En date du 17 août 2011, plus de 700 cas ont été associés à cette éclosion, principalement dans la région de la Mauricie et Centre-du-Québec (71 %). Plus de huit personnes infectées sur dix n'étaient pas considérées comme protégées (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011b).

Les infections invasives à *Haemophilus influenzae* sont des maladies graves pouvant avoir des conséquences dramatiques (déficit intellectuel et auditif). Au Québec, le nombre de nouveaux cas d'infections invasives à *Haemophilus influenzae* de type b (Hib) est stable depuis 2003 avec une moyenne de 12 cas par année pour la période 2003-2009. On note cependant chez les adultes une certaine hausse de l'incidence des infections invasives causées par des souches autres que celles associées à Hib.

Les infections à méningocoque sont cycliques. Plus fréquentes en hiver, elles sont toujours présentes dans la communauté. Il peut arriver que la bactérie évolue et qu'une nouvelle souche apparaisse. C'est ce qui est arrivé au Québec au début des années 1990 et plus récemment en 2001, alors qu'on a assisté à une augmentation du nombre de cas non seulement chez les tout-petits, mais aussi chez les adolescents. Un vaccin a été introduit dans le calendrier régulier de vaccination en 2008 avec l'espoir d'une immunité à plus long terme. En période endémique comme celle qui existe actuellement, l'incidence est très faible, soit autour de 1 pour 100 000, ce qui représente moins de 100 cas par année. En 2009, sept décès sont survenus au Québec.

LA GRIPPE A (H1N1)

L'influenza, communément appelée grippe, demeure une cause importante de morbidité et de mortalité. Ce virus subit des mutations fréquentes, et c'est pourquoi les autorités de santé publique recommandent un vaccin différent chaque année. La pandémie de 2009 est un exemple du potentiel de mutation du virus, alors que le virus influenza A (H1N1) était différent des autres virus ayant circulé auparavant. Au Québec, entre avril 2009 et mai 2010, plus de 13 000 cas ont été recensés, dont plus de 3 000 hospitalisations et 109 décès.

La coqueluche continue de poser des défis un peu partout dans le monde. Depuis l'introduction du vaccin acellulaire dans le calendrier régulier de vaccination en 1998, le taux d'incidence a diminué. Pour la période 1995-1999, on enregistrait 37 cas pour 100 000 personnes comparativement à 7 en 2005-2009, soit 553 nouveaux cas annuellement. Les taux d'incidence de cette maladie diminuent avec l'âge, les plus importants taux étant associés aux jeunes de moins de 15 ans. Les conséquences de la coqueluche sont particulièrement graves chez les bébés de moins d'un an.

Depuis le début des années 2000, le taux d'incidence des infections invasives à pneumocoque est assez stable malgré une légère baisse entre 2004 et 2006. En effet, l'introduction en 2004 d'un vaccin dans le calendrier de vaccination chez les enfants de deux mois à cinq ans a engendré une diminution marquée des maladies invasives causées par les souches de *Streptococcus pneumoniae* contenues dans le vaccin. Chez les moins de cinq ans, l'incidence est passée de 64 à 21 pour 100 000 entre 2004 et 2006. L'incidence a cependant remonté à 30 pour 100 000 en 2009. Au Québec, pour la période 2005-2009, le taux d'incidence pour l'ensemble de la population était de 11 pour 100 000, ce qui représente en moyenne 826 cas par année.

L'incidence de l'hépatite B a diminué au cours des dernières années, le nombre de nouveaux cas étant passé de 2 108 en 1990 à 964 en 2009. Les hommes et les personnes de 25 à 44 ans ont toujours eu des taux d'incidence plus élevés. L'usage de drogues injectables, la présence de nombreux partenaires sexuels et les relations avec des partenaires infectés sont sans doute à l'origine de nombreux cas aigus. La baisse d'incidence est attribuable, au moins en partie, à l'introduction du programme universel de vaccination en quatrième année du primaire dès 1994-1995. Depuis le début du programme, les proportions de couvertures vaccinales se sont maintenues entre 85 % et 90 %.

LA VACCINATION CONTRE LE PNEUMOCOQUE CHEZ LES 65 ANS ET PLUS

Au Québec, de façon systématique depuis 2000, un vaccin contre le pneumocoque est offert aux personnes de plus de 65 ans. La couverture vaccinale dans ce groupe cible variait entre 44 % et 48 % lors des enquêtes de couvertures vaccinales de 2004, 2006 et 2008.

FIGURE 24.
RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT DÉFAVORABLEMENT POUR CERTAINES MALADIES ÉVITABLES PAR LA VACCINATION AU QUÉBEC EN 2005-2009

INDICATEURS (TAUX D'INCIDENCE)	RÉGIONS
Infection invasive à pneumocoque	• Nunavik • Terres-Cries-de-la-Baie-James • Estrie • Côte-Nord • Saguenay—Lac-Saint-Jean • Mauricie et Centre-du-Québec
Hépatite B	• Montréal
Coqueluche	• Nunavik • Mauricie et Centre-du-Québec • Lanaudière • Estrie • Bas-Saint-Laurent • Montérégie • Laurentides

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 49).

LE CANCER DU COL DE L'UTÉRUS : ÉVITABLE PAR LA VACCINATION

Les virus du papillome humain (VPH) sont responsables de la majorité des cas de cancer du col de l'utérus. Celui-ci est le deuxième cancer le plus fréquent chez les femmes de 20 à 44 ans. Au Québec, chaque année, environ 400 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus et 100 décès sont rapportés (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011c). Un programme de vaccination contre les VPH chez les filles en milieu scolaire a été implanté en 2008. Au terme de l'année 2009-2010, on estimait que 76 % des filles de 4e année du primaire et de 3e année du secondaire étaient adéquatement vaccinées.

Comme le vaccin contre la tuberculose n'est pas inscrit dans le calendrier régulier de vaccination, cette maladie à déclaration obligatoire n'est pas considérée comme une maladie évitable par la vaccination. Cependant, la tuberculose fait l'objet d'une surveillance particulière depuis 1998 sous la forme de rapports épidémiologiques (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009). On pourrait croire qu'elle est depuis longtemps contrôlée, pourtant elle est toujours présente. Les moyens de l'endiguer demeurent d'actualité compte tenu des défis que posent le traitement à long terme et l'émergence des résistances bactériennes. Bien que l'incidence de la tuberculose tende toujours à diminuer, certains groupes à risque demeurent particulièrement vulnérables. Les immigrants en provenance de pays endémiques, les sans-abri et certaines communautés autochtones sont les plus affectés. De 2005 à 2009, une moyenne annuelle de 230 nouveaux cas ont été répertoriés au Québec, ce qui représente le niveau le plus faible depuis les années 1990. La tuberculose reste la seule maladie à traitement obligatoire au Québec.

UNE RÉSURGENCE DES ITSS DEPUIS LE DÉBUT DES ANNÉES 2000

Les ITSS constituent d'une année à l'autre environ 70 % des cas de maladies à déclaration obligatoire enregistrés au Québec, et ce, en dépit du fait que plusieurs cas ne sont pas signalés parce qu'ils sont souvent asymptomatiques et non détectés. Les ITSS sont causées essentiellement par des bactéries ou des virus qui se transmettent au cours de relations sexuelles non protégées, par voie sanguine ou de la mère à l'enfant (ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut national de santé publique du Québec, 2010).

LES INFECTIONS BACTÉRIENNES

L'infection génitale à *Chlamydia trachomatis* est de loin la plus fréquente des infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire. Elle touche particulièrement les femmes, surtout celles âgées de 15 à 24 ans. Après avoir connu une baisse d'incidence dans les années 1990, on a observé une hausse de 86 % depuis l'année 2000, et plus de 17 000 nouveaux cas ont été déclarés en 2010. Cette hausse est très préoccupante, car lorsque cette infection est non traitée chez la femme, elle peut évoluer vers une maladie inflammatoire pelvienne, qui, à son tour, augmente le risque de grossesse ectopique et d'infertilité (Lambert et Minzunza, 2010).

Si l'infection gonococcique est moins fréquente, son incidence a tout de même triplé au cours de la dernière décennie, passant de 674 cas en 2000 à 2 066 cas en 2010. Ce sont les hommes qui sont les plus touchés par l'infection gonococcique, particulièrement ceux âgés de 15 à 49 ans. Au cours des cinq dernières années, l'augmentation de l'incidence est plus importante chez les femmes que chez les hommes. Par ailleurs, il est reconnu que le gonocoque développe une résistance aux antibiotiques utilisés pour traiter cette infection.

La syphilis infectieuse était en voie d'élimination dans les années 1990 avec moins de dix cas par année entre 1997 et 2000. Depuis 2002, on assiste à une augmentation importante du nombre de nouveaux cas de syphilis infectieuse, celui-ci ayant atteint 539 cas déclarés en 2010. La syphilis infectieuse touche essentiellement les hommes, et une forte proportion d'entre eux ont des relations sexuelles avec d'autres hommes. Chez les femmes, même s'il demeure faible, le nombre de cas déclarés augmente également. En 2011, on a enregistré pour la première fois depuis dix ans un cas de syphilis congénitale chez un bébé né d'une mère d'origine québécoise.

Jusqu'en 2005, la lymphogranulomatose vénérienne était une infection extrêmement rare au Québec. Comme ailleurs dans le monde, une émergence de cette maladie est observée ici depuis 2005, touchant presque exclusivement des hommes. Le nombre de cas demeure relativement faible. En 2005 et 2006, on enregistrait 25 et 44 cas respectivement, alors que 7 cas en moyenne par année sont déclarés depuis 2007.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la hausse des infections bactériennes transmissibles sexuellement. On pense notamment à l'amélioration de la sensibilité et de l'acceptabilité des tests de détection, à l'intensification des efforts de dépistage ainsi qu'à une certaine banalisation du sida, banalisation amenant une augmentation de comportements sexuels moins sécuritaires, en particulier chez les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes.

LES INFECTIONS VIRALES

On note une tendance à la baisse du nombre de nouveaux cas déclarés d'hépatite C. Ce nombre est passé sous la barre des 2 000 cas par année depuis 2007 et a atteint moins de 1 500 cas en 2010. Les hommes sont plus touchés que les femmes, et c'est chez les personnes de 30 à 59 ans qu'on observe le plus de cas. Cette tendance à la baisse doit être interprétée avec prudence. L'hépatite C est une infection qui est le plus souvent chronique et elle a été découverte relativement récemment. C'est dans les années 1990 que la détection de cette maladie s'est instaurée au Québec. Comme les personnes anciennement infectées ont été progressivement détectées, le nombre de cas déclarés a été très élevé dans les premières années suivant la disponibilité du test de détection. L'hépatite C se transmettant surtout par exposition au sang d'une personne infectée, elle touche particulièrement les utilisateurs de drogues par injection.

L'infection par le VIH est un problème important. Grâce au programme de surveillance de l'infection par le VIH, certaines données sur cette infection au Québec peuvent être obtenues. Comme les données pour les infections transmissibles sexuellement à déclaration obligatoire, les données pour l'infection par le VIH entraînent une sous-estimation du nombre réel de cas, car une proportion significative de personnes infectées n'ont jamais été dépistées. En 2008, on estimait que 18 000 personnes vivaient avec le VIH au Québec (Bitera et autres, 2011).

Entre avril 2002 et juin 2010, 3 139 cas nouvellement diagnostiqués ont été enregistrés au programme pour une moyenne d'environ 390 cas par année. La grande majorité des nouveaux diagnostics concernent des hommes, l'âge médian étant de 43 ans chez ceux-ci et de 38 ans chez les femmes. En ce qui concerne plus particulièrement les hommes, 78 % des nouveaux cas enregistrés en 2009 avaient des rapports homosexuels. Pour les femmes, l'origine d'un pays endémique, l'utilisation de drogues par injection et la transmission hétérosexuelle expliquent le plus souvent l'infection (Bitera et autres, 2011).

FIGURE 25.
RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT DÉFAVORABLEMENT POUR CERTAINES ITSS AU QUÉBEC EN 2005-2009

INDICATEURS (TAUX D'INCIDENCE)	RÉGIONS
Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*	• Nunavik • Terres-Cries-de-la-Baie-James • Côte-Nord • Abitibi-Témiscamingue • Mauricie et Centre-du-Québec • Montréal • Outaouais • Estrie • Capitale-Nationale
Infection gonococcique	• Nunavik • Terres-Cries-de-la-Baie-James • Montréal
Hépatite C	• Montréal
Syphilis infectieuse	• Montréal
Infection par le VIH	• Montréal

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 52).

LES MALADIES ENTÉRIQUES : UN PORTRAIT PARTIEL

La transmission des maladies entériques se fait essentiellement par l'ingestion d'eau ou d'aliment contaminés. On estime globalement que seulement 10 % des cas de maladies entériques font l'objet d'une déclaration ; en effet, ce n'est qu'une faible proportion de la population atteinte qui consulte un médecin lors d'un épisode de diarrhée, et les patients qui consultent ne font pas tous l'objet d'un prélèvement de selles, le diagnostic exact ne changeant souvent rien au traitement du cas. Les jeunes enfants, les personnes âgées et les personnes dont le système immunitaire est affaibli courent un plus grand risque de complications liées aux maladies entériques.

Entre 2000 et 2009, le nombre de nouveaux cas de campylobactériose a légèrement baissé. De fait, l'année 2009 a été celle où l'incidence a été la plus faible depuis plusieurs années, soit 2 026 cas. Les taux d'incidence sont constamment plus importants chez les hommes que chez les femmes, et c'est le groupe d'âge des 15 à 29 ans qui est le plus atteint. Les facteurs de risque les plus importants sont les contacts avec le poulet cru ou mal cuit et l'eau contaminée ou encore leur ingestion (Michaud, 2002).

Bien que l'incidence de la salmonellose ait été plus élevée au début des années 1990, le nombre de nouveaux cas s'est depuis stabilisé : 1 179 nouveaux cas ont été déclarés en 2009. La giardiase et les gastro-entérites à yersiniose sont aussi assez stables, avec 835 et 112 nouveaux cas respectivement en 2009.

L'incidence de l'amibiase, souvent acquise à l'étranger, a légèrement augmenté au cours des dernières années pour atteindre 289 nouveaux cas en 2009. Le groupe d'âge des 30 à 54 ans est le plus atteint. Pour la shigellose, qui est une cause relativement fréquente d'éclosion d'origine alimentaire, on enregistre des taux d'incidence relativement stables et peu élevés. En 2009, 126 nouveaux cas ont été déclarés.

FIGURE 26.
RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT DÉFAVORABLEMENT POUR CERTAINES MALADIES ENTÉRIQUES AU QUÉBEC EN 2005-2009

INDICATEURS (TAUX D'INCIDENCE)	RÉGIONS
Campylobactériose	• Mauricie et Centre-du-Québec • Capitale-Nationale • Estrie • Chaudière-Appalaches • Bas-Saint-Laurent
Salmonellose	• Terres-Cries-de-la-Baie-James • Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Estrie • Chaudière-Appalaches • Abitibi-Témiscamingue
Giardiase	• Nunavik • Estrie • Mauricie et Centre-du-Québec • Montréal
Amibiase	• Montréal
Shigellose	• Montréal
Yersiniose	• Estrie
Infection à *Escherichia coli* entéro-hémorragique	• Saguenay—Lac-Saint-Jean • Chaudière-Appalaches • Mauricie et Centre-du-Québec
Hépatite A	• Montréal

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 48).

Les infections à *Escherichia coli* entéro-hémorragiques, mieux connues sous le vocable de *maladie du hamburger*, sont des maladies entériques graves dont les causes se trouvent le plus souvent dans la chaîne alimentaire et l'environnement. Ces infections sont particulièrement importantes, car elles peuvent dans certains cas causer la mort. Les programmes de prévention semblent donner de bons résultats, car le nombre de nouveaux cas est passé de 536 en 2000 à 106 en 2009. L'incidence est plus élevée chez les enfants d'un à quatre ans.

Depuis 2000, le Québec a connu quelques éclosions d'hépatite A. L'incidence de l'hépatite A est faible et stable, et on a dénombré 71 nouveaux cas en 2009. Le vaccin contre l'hépatite A est administré avec celui contre l'hépatite B à l'école et chez les voyageurs internationaux qui en font la demande.

DES PROGRÈS ENREGISTRÉS DANS LA LUTTE CONTRE LES INFECTIONS NOSOCOMIALES

Les infections nosocomiales sont des « infections acquises au cours d'un épisode de soins administrés par un établissement du réseau de la santé, quel que soit le lieu où ils sont administrés » (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2006c, p. 9). Leur propagation s'explique par une série de facteurs, tels que la complexité des cas traités, les procédures de traitement plus invasives, le rythme de travail accéléré entraînant le non-respect des mesures préventives de base et les déplacements des patients d'un établissement à l'autre.

L'infection à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ou à l'oxacilline (SARM) est l'un des principaux pathogènes impliqués dans les infections nosocomiales, et sa résistance rend complexe le traitement des usagers infectés en raison du choix thérapeutique limité. On évalue que le tiers des SARM sont potentiellement létales. Au Québec, l'incidence de ces infections a diminué au cours des dernières années, le nombre de nouveaux cas étant passé de 257 à 175 entre 2006 et 2009. Une diarrhée associée à *Clostridium difficile* (DACD) est causée par une bactérie qui se développe dans l'intestin, souvent à la suite d'un traitement aux antibiotiques. Les complications, dont sont plus souvent victimes les personnes âgées ayant déjà des problèmes de santé et étant hospitalisées pour une longue durée, comprennent une inflammation grave de l'intestin ou une déshydratation menant dans certains cas au décès. L'incidence des DACD a aussi diminué au cours des dernières années, passant de 12,6 à 6,5 pour 10 000 jours-présence entre 2004-2005 et 2008-2009, bien qu'elle soit stable depuis 2 ans.

EN PERSPECTIVE

Ce bref portrait des maladies infectieuses au Québec montre que la lutte contre les maladies transmissibles doit se poursuivre. Dans le cas des maladies évitables par la vaccination, les progrès réalisés au cours des dernières décennies, notamment grâce aux différents programmes de vaccination, ne doivent pas faire oublier que ces maladies sont toujours présentes. Alors que certaines d'entre elles ont été pratiquement éradiquées, d'autres réapparaissent de manière sporadique, comme pour nous rappeler que la poursuite des programmes de vaccination demeure essentielle.

La résurgence des ITSS au cours des années 2000 constitue l'un des principaux enjeux actuels de santé publique. L'intensification de la vigie et de la surveillance, l'augmentation des activités de promotion et de prévention bien ciblées envers les jeunes et les autres groupes vulnérables de même que le soutien aux pratiques cliniques préventives constituent des axes majeurs de la prévention des ITSS. La mobilisation des différentes instances publiques (aux niveaux national, régional et local) ainsi que des différents milieux davantage visés par les ITSS est essentielle pour que puisse être renversée la tendance inquiétante observée ces dernières années (ministère de la Santé et des Services sociaux et Institut national de santé publique du Québec, 2010).

Le recul des infections nosocomiales est le résultat d'actions concertées visant à rendre les milieux hospitaliers moins propices à leur éclosion. Au Québec, plusieurs maladies d'origine nosocomiale font maintenant l'objet d'un programme de surveillance, dont les DACD et les SARM. Cette surveillance accrue permet d'établir les tendances et ainsi, lorsque cela est nécessaire, de déployer les actions pertinentes afin d'endiguer l'émergence de nouvelles éclosions.

9

L'ENVIRONNEMENT SOUS L'ANGLE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Par des voies très diverses et à travers des mécanismes complexes, l'environnement agit sur l'état de santé d'une population, en causant ou en aggravant des maladies. Quelques indicateurs présentés dans ce chapitre permettent d'apprécier la qualité de certaines facettes de l'environnement. Ces indicateurs abordent non seulement la pollution atmosphérique, mais aussi la contamination de l'air à l'intérieur des domiciles ou encore la présence de microorganismes ou de contaminants dans l'eau. Les causes de pollution et de dégradation des milieux et écosystèmes sont souvent évitables. Certains gestes comme l'entretien des logements ou le choix de modes de transport plus écologiques, abordés ici, peuvent grandement contribuer à la préservation de la qualité de l'environnement. Enfin, bien que l'environnement soit lié à de nombreux problèmes de santé, seul un éventail restreint de problèmes, mais illustratif, est présenté ici.

LES DÉTERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX

LA QUALITÉ DE L'AIR EXTÉRIEUR

La pollution atmosphérique est un facteur d'influence de l'apparition ou de l'aggravation de maladies respiratoires, comme l'asthme. En 2008, de l'ensemble des régions où la qualité de l'air est mesurée, Montréal est celle où la proportion de jours avec une mauvaise qualité de l'air est la plus élevée (20 % des jours ou 73 jours par année). Par comparaison, dans les régions de la Montérégie, de la Mauricie et Centre-du-Québec, de Laval et de la Capitale-Nationale, on dénombre en moyenne un peu plus de 5 % des jours (moins de 20 jours par année) avec une mauvaise qualité de l'air.

L'INDICE DE LA QUALITÉ DE L'AIR

L'indice de la qualité de l'air est établi par le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs (MDDEP). Il s'agit d'un outil d'information des résultats de la surveillance de la qualité de l'air au Québec. Le réseau d'échantillonnage de la qualité de l'air ne couvre pas toutes les régions sociosanitaires. De plus, le nombre de stations varie d'une région à l'autre, ce qui influence le nombre de jours avec une mauvaise qualité de l'air.

L'inventaire des émissions atmosphériques est effectué de manière distincte pour les sources fixes (industries, résidences, immeubles et exploitations agricoles) et les sources liées au transport. En 2008, la majorité des émissions atmosphériques des sources fixes sont générées par les industries (59 %), qui sont suivies par le chauffage au bois (25 %). Au Québec, les émissions liées au secteur des transports sont l'une des plus importantes sources de pollution atmosphérique. En 2006, les automobiles et les camions légers sont en majeure partie responsables des émissions atmosphériques totales associées au transport (91 %). Cette situation est probablement attribuable à l'importance du nombre de ces deux types de véhicules comparativement aux véhicules lourds et aux motocyclettes. En 2004, le secteur des transports est le deuxième secteur en importance pour les émissions de gaz à effet de serre, avec 22 % des émissions totales au Canada (Environnement Canada, 2006).

ALERTE À LA CHALEUR ACCABLANTE!

Pour l'analyse de l'impact des vagues de chaleur sur la santé, on utilise les concepts de chaleur accablante et de chaleur extrême. Les avis de chaleur accablante sont émis par Environnement Canada lorsque les prévisions indiquent des températures supérieures ou égales à 30 °C et des valeurs de l'indice Humidex supérieures ou égales à 40 °C. Les avis de chaleur extrême sont émis depuis 2010 par un nouvel outil de surveillance et d'aide à la décision (Bustinza et autres, 2010). Par cet outil, on vise à prévenir les décès et les problèmes de santé associés aux vagues de chaleur extrême (Martiello et Giacchi, 2010; Tairou, Bélanger et Gosselin, 2010). En effet, en 63 ans d'observations météorologiques, l'année 2010 a été la plus chaude jamais enregistrée au Canada (Environnement Canada, 2010). Ainsi, dans la semaine du 4 au 10 juillet 2010, des avertissements de chaleur accablante ont été émis dans 12 régions sociosanitaires, dont 10 ont aussi reçu des avertissements de chaleur extrême. Pour l'ensemble du Québec, un excès significatif de 30 % des décès hebdomadaires (toutes causes confondues) a été enregistré, comparativement aux semaines équivalentes des années 2008 et 2009 (Lebel et Bustinza, 2011).

LA QUALITÉ DE L'AIR INTÉRIEUR

La qualité de l'air intérieur est tout aussi déterminante pour la santé que celle de l'air extérieur, puisque nous sommes la plupart du temps dans un environnement intérieur, en particulier au travail et à la maison. Plusieurs facteurs peuvent affecter la qualité de l'air intérieur, comme la présence de contaminants tels que la fumée secondaire ou encore le monoxyde de carbone (CO).

L'exposition à la fumée secondaire peut engendrer divers problèmes de santé, les plus connus étant le cancer du poumon, les maladies cardiovasculaires et l'asthme. Depuis le renforcement de la Loi sur le tabac en 2006, en vertu de laquelle il est interdit de fumer dans les lieux publics fermés, on observe une diminution de la proportion de non-fumeurs de 12 ans et plus exposés à la fumée secondaire dans un lieu public, passant de 23 % en 2005 à 9 % en 2007-2008. En général, la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire (à la maison, dans un véhicule privé ou dans un lieu public) a tendance à être plus élevée chez les jeunes.

LA FUMÉE SECONDAIRE: UN POISON DANS L'AIR

La fumée secondaire est celle dégagée par la cigarette qui se consume et celle exhalée par le fumeur. La fumée secondaire peut contenir jusqu'à 4 000 substances chimiques dont 50 sont considérées comme cancérigènes. Pour un même volume, ces substances sont plus concentrées dans la fumée secondaire que dans la fumée respirée par les fumeurs (Conseil québécois sur le tabac et la santé, 2010; Guérin et autres, 2006).

Un autre contaminant dangereux qui peut se trouver dans l'air intérieur des domiciles est le CO. Le danger du CO est réel, car ce gaz incolore, inodore, insipide, non irritant et se diffusant facilement dans l'air ambiant est indétectable par les sens. De plus, l'exposition à des concentrations élevées de CO provoque souvent des accidents mortels (Penney et autres, 2010).

LE SAVIEZ-VOUS ?

Le CO est bien connu des Québécois, car 85 % des ménages disent en avoir déjà entendu parler. Environ 60 % des ménages québécois ont une source potentielle de CO ou adoptent occasionnellement un comportement risqué. Le risque de présence de ce gaz est plus grand en hiver, où le système de chauffage en est la plus fréquente source potentielle d'émission (Laliberté, Gingras et Schebelen, 2010).

Le nombre d'appels au Centre antipoison du Québec pour une intoxication suspectée au CO a diminué, passant de 954 appels en 1999 à 480 appels en 2009. Mais la surveillance des maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique indique une augmentation du nombre de déclarations pour intoxication au CO d'origine environnementale (excluant les intoxications de type volontaire) de 66 épisodes en 2006 à 136 épisodes en 2009. Les déclarations d'intoxication au CO sont plus fréquentes parmi les déclarations d'origine environnementale que parmi celles d'origine professionnelle.

LA QUALITÉ DE L'EAU

La qualité de l'eau représente un enjeu de société et de santé publique important. Une mauvaise qualité de l'eau peut en effet entraîner des problèmes de santé sérieux. Certains signes peuvent témoigner de cette qualité, par exemple les avis d'ébullition et de non-consommation ou encore la présence de cyanobactéries dans les plans d'eau.

LE SAVIEZ-VOUS ?

La loi adoptée par l'Assemblée nationale en juin 2009 affirme le caractère collectif des ressources en eau et vise à en renforcer la protection, puisque l'État s'en est institué le protecteur, pour le bien des générations actuelles et futures.

Lorsque la qualité de l'eau potable ne répond plus à certaines normes du Règlement sur la qualité de l'eau potable, un avis d'ébullition ou de non-consommation doit être émis. Un des aspects qui influence le nombre d'avis émis est le nombre de réseaux de distribution dans une région. Depuis 2005, le nombre d'avis d'ébullition est stable au Québec, avec environ 200 avis par année. Toutefois, la proportion de personnes touchées quotidiennement par un avis d'ébullition est faible, soit environ 0,4 % de la population québécoise[3], et ce, peu importe le nombre d'avis émis dans une région. Cette proportion est considérablement plus élevée pour la région du Nord-du-Québec, où 14 % de la population est touchée quotidiennement par un avis d'ébullition. Cette situation s'explique notamment par le fait qu'un avis d'ébullition a été en vigueur de 2003 à 2008 dans une municipalité de cette région, affectant toutes les personnes desservies par ce réseau. Cette situation n'est pas unique et se rencontre également dans d'autres régions du Québec.

L'APPROVISIONNEMENT EN EAU POTABLE

En 2009, 71 % de la population est approvisionnée en eau potable par des eaux de surface, alors que 13 % de la population l'est par des eaux souterraines. L'activité humaine (domestique, industrielle ou agricole) exerce des pressions sur l'eau de surface, ce qui la rend plus vulnérable aux contaminations. Une très faible proportion de la population est approvisionnée, en tout ou en partie, à partir des eaux de surface ne subissant aucun traitement de désinfection (moins de 0,05 % de la population). Environ 7 % de la population qui est desservie par une eau de surface dispose d'un traitement de chloration seulement ou d'oxydation.

Une des propositions de modification au Règlement sur la qualité de l'eau potable émise en 2010 stipule que les eaux de surface doivent subir un traitement de filtration et de désinfection en continu (gouvernement du Québec, 2011a). On remarque qu'en 2009, pour 93 % de la population desservie par une eau de surface, les installations de traitement sont déjà conformes à la future réglementation.

3. Excluant les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

Les avis de non-consommation sont beaucoup moins fréquents que les avis d'ébullition. Les avis peuvent être émis à la suite d'une recommandation de la direction de santé publique lors de dépassement de normes pour les substances inorganiques, organiques ou radioactives.

Les algues bleu-vert, dont l'appellation scientifique est *cyanobactéries*, sont naturellement présentes dans nos plans d'eau. Lorsque les conditions sont propices à leur reproduction, leur densité augmente et elles forment alors des fleurs d'eau (Lavoie et autres, 2007). Leur métabolisme produit des toxines, appelées *cyanotoxines*. Le potentiel toxique de certaines cyanotoxines a été démontré, mais la toxicité chez l'humain n'a pas encore été quantifiée (Belleville et autres, 2009). Le risque pour la santé causé par les algues bleu-vert semble pour le moment peu présent au Québec. La surveillance des éclosions d'origine hydrique n'indique ainsi aucune éclosion confirmée de cas humain liée aux cyanobactéries de 2005 à 2009 (Belleville et autres, 2009 ; Canuel et Lebel, 2009 ; Canuel et Lebel, 2010). Il est néanmoins recommandé d'éviter les activités de contact direct dans les secteurs où l'eau est fortement colorée par les cyanobactéries.

LES ALGUES BLEU-VERT : UNE SURVEILLANCE ACCRUE DES PLANS D'EAU

Le MDDEP considère un plan d'eau affecté lorsqu'un échantillon prélevé dans une fleur d'eau visible montre plus de 20 000 cellules de cyanobactéries par millilitre. La surveillance de ce phénomène est principalement basée sur le signalement de la part de citoyens ou d'organisations auprès du MDDEP. Ainsi, depuis la médiatisation du problème et les campagnes de sensibilisation du MDDEP survenues en 2006, les citoyens plus conscientisés à ce phénomène sont mieux outillés pour reconnaître la présence d'algues bleu-vert.

Depuis 2004, le nombre de plans d'eau touchés par les algues bleu-vert semble augmenter. Mais il est difficile de préciser si cette augmentation révèle un problème en émergence ou relève de la surveillance améliorée des plans d'eau. Le plan de gestion des algues bleu-vert, souvent modifié depuis 2004 (par exemple, définition d'un plan d'eau touché, techniques de prélèvement), rend en outre difficilement comparables les données d'une année à l'autre.

DES GESTES FAVORABLES À LA QUALITÉ DE NOTRE ENVIRONNEMENT

Certains gestes peuvent contribuer significativement à la qualité de l'environnement intérieur ou extérieur. C'est le cas par exemple de l'entretien des logements, dont la dégradation peut être à l'origine de plusieurs problèmes de santé. Les choix en matière d'aménagement du territoire sont aussi propices à la création d'environnements plus sains et sécuritaires. Par exemple, ils peuvent contribuer à améliorer la sécurité routière ou favoriser la pratique d'activité physique en offrant des lieux et équipements récréatifs. De même, ils peuvent promouvoir certains modes de déplacement plus écologiques.

La qualité des logements peut avoir des conséquences importantes sur l'état de santé. Par exemple, la présence de moisissures, résultant d'un dégât d'eau ou d'un taux d'humidité trop élevé, peut causer des maladies respiratoires (d'Halewyn et autres, 2002). La détérioration d'un bâtiment est aussi un facteur prédisposant à la présence de contaminants. Selon les recensements de 1991 à 2006, la proportion de logements nécessitant des réparations majeures est d'environ 8 %. Cette proportion est nettement plus élevée dans les régions nordiques, atteignant 35 % au Nunavik, 31 % dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James, 12 % en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et 11 % dans les régions de la Côte-Nord et du Nord-du-Québec.

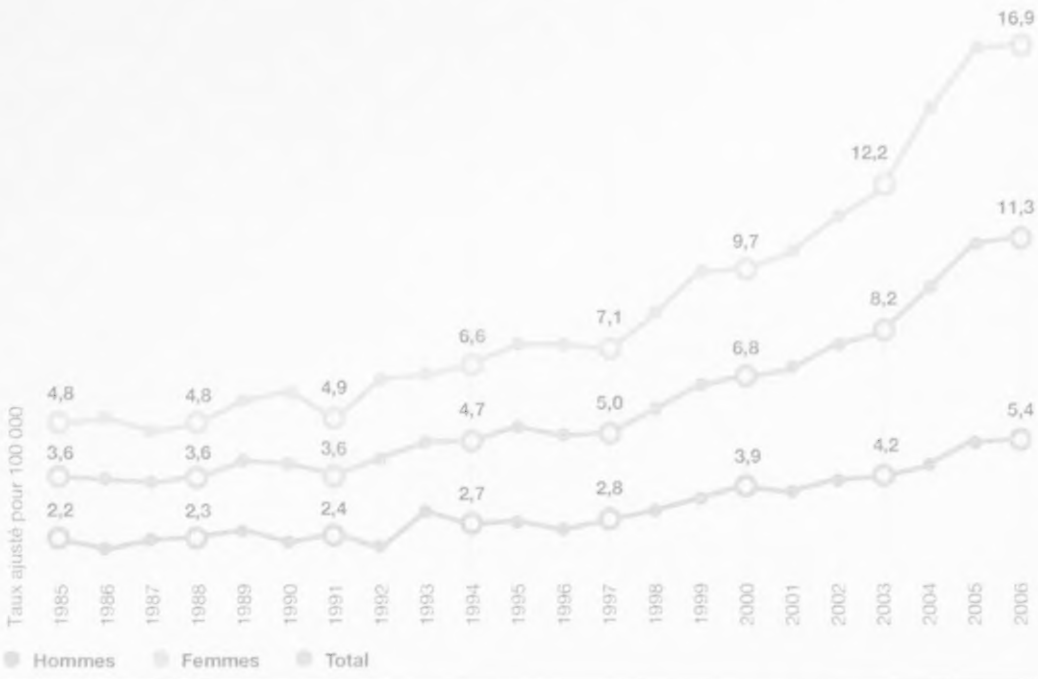
En 2006, l'automobile demeure le mode de transport privilégié pour se rendre au travail par 78 % des Québécois. En revanche, le recours à d'autres modes de transport est assez peu fréquent. De 1996 à 2006, l'utilisation du transport en commun, tout comme l'utilisation du transport actif (marche ou bicyclette), n'a pas gagné beaucoup de terrain. Dotée d'un service de transport en commun bien développé, la région de Montréal se démarque par une proportion nettement plus faible d'utilisation de l'automobile et à l'inverse par un recours beaucoup plus fréquent au transport en commun. Sur le plan du transport actif, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James se démarquent aussi très nettement, présentant des proportions de personnes qui se rendent au travail en marchant de 50 % et 35 % respectivement.

CERTAINS PROBLÈMES DE SANTÉ LIÉS À L'ENVIRONNEMENT

L'environnement joue un rôle reconnu dans l'apparition de plusieurs maladies et le développement de certains cancers, tels que la leucémie, les cancers de la vessie, du rein, du cerveau et du poumon. La consommation de tabac est depuis longtemps considérée comme la principale cause responsable du cancer du poumon. Mais on reconnaît maintenant l'influence de la mauvaise qualité de l'air (extérieur et intérieur) dans l'apparition d'une part non négligeable des nouveaux cas de cancer du poumon. Par exemple, le radon est un gaz radioactif d'origine naturelle qui peut avoir des effets néfastes sur la santé lorsque sa concentration atteint des niveaux très élevés dans une habitation. Au Québec, on estime que 10 % des cas de cancer du poumon sont causés par le radon (Dessau et autres, 2005). En 2011, plus de 8 000 nouveaux cas de cancer du poumon seront diagnostiqués au Québec (Comité directeur de la Société canadienne du cancer, 2011).

Bien que le cancer de la glande thyroïde ne soit pas responsable de beaucoup de décès, une augmentation marquée des taux d'incidence est observée au Québec de 1997 à 2006, à l'image de la tendance observée dans plusieurs autres pays (Aschebrook-Kilfoy et autres, 2011). Cette augmentation est plus marquée chez les femmes que chez les hommes. Les principales causes connues du cancer de la glande thyroïde sont l'exposition à un rayonnement, des antécédents de troubles thyroïdiens et des antécédents familiaux (Société canadienne du cancer, 2009). Malgré une augmentation des taux d'incidence, la mortalité par tumeur maligne de la glande thyroïde est toutefois toujours stable. Pour la période 2003-2006, c'est dans les régions de la Capitale-Nationale et de Montréal que les taux d'incidence du cancer de la glande thyroïde sont supérieurs à la valeur québécoise.

FIGURE 27.
INCIDENCE DU CANCER DE LA GLANDE THYROÏDE AU QUÉBEC DE 1985 À 2006



Source : Infocentre de santé publique, 2011.

LA RHINITE ALLERGIQUE : UN PROBLÈME FRÉQUENT, DES FACTEURS CONNUS

Il existe deux types de rhinite allergique : la rhinite allergique intermittente, le plus souvent saisonnière, qu'on appelle couramment *rhume des foins*, et la rhinite allergique persistante, plutôt associée à d'autres facteurs comme les acariens, les moisissures ou les animaux. En 2008, 17 % de la population éprouve des symptômes de rhinite allergique. Le pollen, incluant l'herbe à poux, les poussières de maison et la présence d'animaux sont les principaux facteurs déclencheurs de la rhinite allergique (Association des allergologues et immunologues du Québec, 2009 ; Santé Canada, 2006). Ces symptômes sont par contre moins fréquents chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

UNE STABILITÉ DES APPELS POUR INTOXICATION

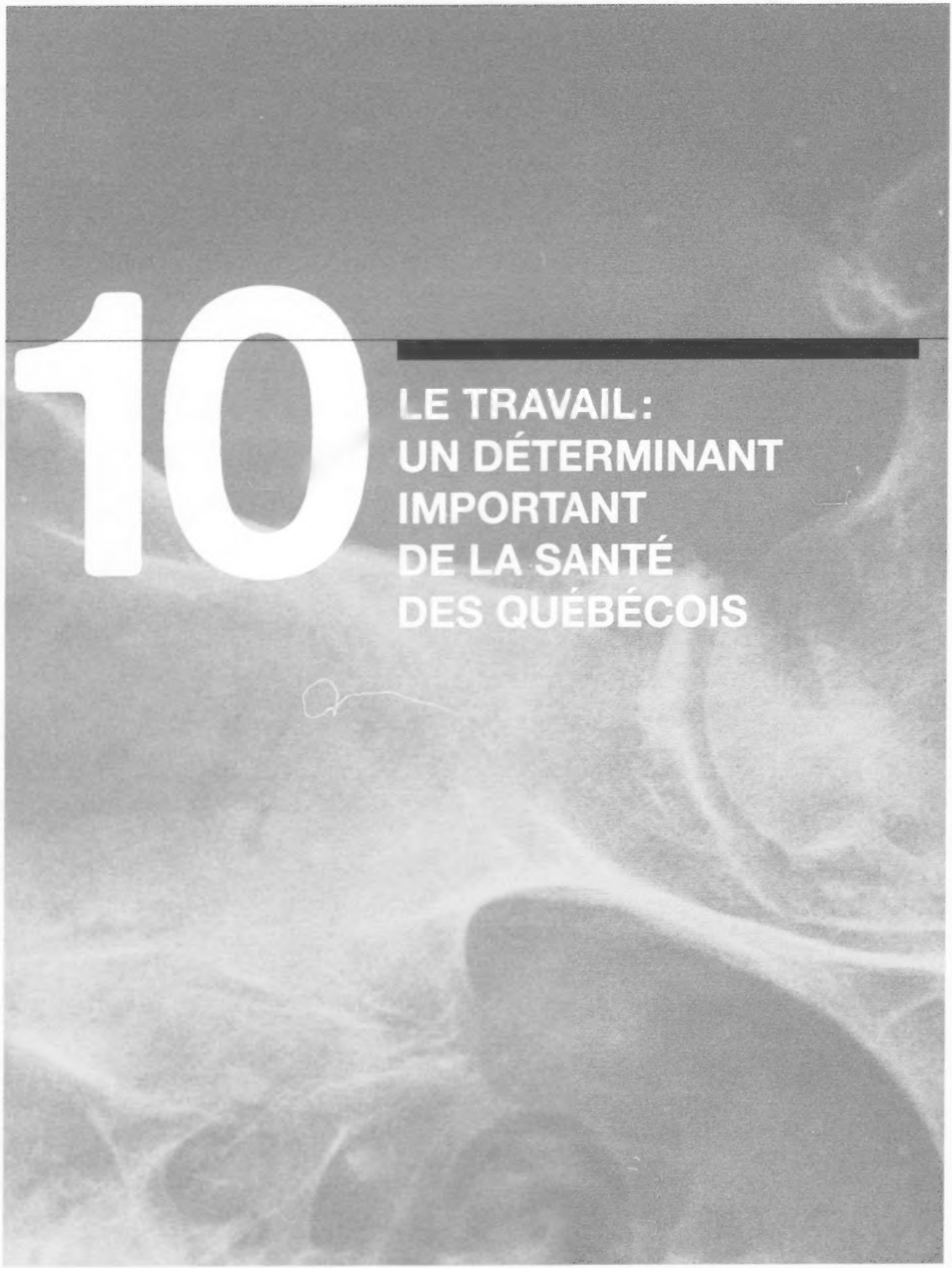
Le taux d'appels pour intoxication au Centre antipoison du Québec a augmenté de 1990 à 1997, passant de 438 à 795 appels pour 100 000 personnes par année. Par la suite, ce taux s'est stabilisé à environ 600 appels pour 100 000 personnes par année jusqu'en 2008. Les appels pour intoxication au Centre antipoison du Québec concernent majoritairement les produits domestiques (46 %) et les médicaments (45 %). De plus, 36 % des appels au Centre antipoison du Québec concernent les enfants âgés de quatre ans et moins.

Au niveau régional, on note des taux d'appels plus élevés dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Nord-du-Québec, même si le nombre d'appels est faible. Une situation inverse est observée dans les régions de Montréal et de la Montérégie, ce qui pourrait s'expliquer par la présence d'autres ressources spécialisées en toxicologie (Lebel, Tairou et Lefebvre, 2009).

EN PERSPECTIVE

Nous savons depuis longtemps que notre environnement peut avoir une influence sur notre santé. L'activité humaine a des impacts sur la qualité de l'eau que nous buvons ou dans laquelle nous nous baignons. La qualité de l'air que nous respirons dans notre résidence ou à l'extérieur est également tributaire de nos choix, individuels ou collectifs. Nous sommes responsables de l'évolution que connaîtront nos environnements au cours des années à venir.

La Loi sur le développement durable vient baliser depuis 2006 l'ensemble des actions gouvernementales pour que celles-ci soient conformes à la sauvegarde de notre environnement. Dans ce nouveau contexte, le renforcement de la surveillance des impacts sur la santé des différents facteurs environnementaux acquiert une importance particulière dans la mesure où elle permet de jeter un éclairage sur des problèmes peu connus ou moins documentés. De cette façon, le regard de la santé publique sur l'environnement pourra contribuer à placer la santé environnementale au cœur des enjeux du développement durable.



10 LE TRAVAIL : UN DÉTERMINANT IMPORTANT DE LA SANTÉ DES QUÉBÉCOIS

Le milieu de travail représente une part importante du milieu de vie dans lequel évolue la population adulte québécoise. Pour la majorité des Québécois, le travail représente de 35 à 40 heures par semaine sur une période de 30 à 35 ans de leur vie, voire plus. Compte tenu du fait que les conditions de travail peuvent présenter des risques variés à la santé physique et mentale, cette présence importante du travail dans la vie des Québécois en fait un déterminant important de la santé. La connaissance et la surveillance des risques auxquels sont exposés les travailleurs, ainsi que des problèmes de santé liés au travail, sont des conditions essentielles à la réalisation d'actions préventives bien ciblées en milieu de travail.

LA PARTICULARITÉ DE L'ANALYSE SELON LA RÉGION DE TRAVAIL

Les services publics de prévention et de protection de la santé au travail se définissent en fonction du lieu de travail des individus, et non en fonction de leur lieu de résidence comme c'est le cas pour les autres domaines de la santé publique. De ce fait, pour que les données régionales sur les travailleurs puissent être utiles à l'intervention en santé au travail, elles portent la plupart du temps sur les personnes qui travaillent dans les différentes régions du Québec, et non sur celles qui y résident. Cependant, pour certains indicateurs, particulièrement ceux provenant de données d'enquêtes, seule la région de résidence du travailleur est disponible.

LES CARACTÉRISTIQUES DES TRAVAILLEURS QUÉBÉCOIS

En 2006, près de 3,4 millions de personnes travaillent sur le territoire québécois, et les hommes et les femmes sont représentés presque également parmi ces personnes. Toutefois, la représentation des travailleurs québécois selon le sexe peut varier sensiblement en fonction du type d'industrie ou de la profession. Ainsi, les industries et professions liées au secteur primaire (agriculture, pêches, forêts, mines), à la fabrication (industries manufacturières), aux services publics, transport et entreposage et à la construction emploient une forte proportion d'hommes (de 70 % à 80 % selon l'industrie ou la profession), alors qu'on observe la situation inverse dans les secteurs de l'enseignement et de la santé et des services sociaux.

Les caractéristiques de la main-d'œuvre sont aussi différentes en fonction des activités économiques des régions du Québec. À titre d'exemple, plus du quart des travailleurs de la région de Chaudière-Appalaches se trouvent dans le secteur de la fabrication, alors que cette proportion est à peine de 1 travailleur sur 20 dans la région de l'Outaouais. Par contre, c'est dans cette dernière région, ainsi que dans la région de la Capitale-Nationale, que se trouvent les plus fortes proportions de travailleurs de l'administration publique (24 % et 14 % respectivement).

LES PROBLÈMES DE SANTÉ CHEZ LES TRAVAILLEURS QUÉBÉCOIS

LES LÉSIONS PROFESSIONNELLES

Le nombre de nouveaux cas de lésions professionnelles reconnues par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) n'a cessé de diminuer entre 2001 et 2008, passant de quelque 137 000 lésions à un peu plus de 106 000 (Commission de la santé et de la sécurité du travail, 1999-2010). Cela représente, chaque jour, plus de 300 nouvelles lésions professionnelles. Quant au taux d'incidence, il est passé de 55 lésions pour 1 000 travailleurs en équivalent temps complet (ETC) en 2001 à 45 lésions en 2006.

QU'ENTENDONS-NOUS PAR LÉSION PROFESSIONNELLE ?

Une lésion professionnelle est « une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récidive, la rechute ou l'aggravation ».

L'accident du travail est « un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle ».

La maladie professionnelle, quant à elle, est « une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail » (Gouvernement du Québec, 2011d, art. 2).

En 2008, les traumatismes liés au travail (coupures, fractures, amputations, etc.) constituent plus de la moitié des lésions professionnelles acceptées par la CSST (Commission de la santé et de la sécurité du travail, 2009). Les troubles musculo-squelettiques (TMS) sont aussi très importants et représentent une lésion sur trois entre 1998 et 2007 (Institut national de santé publique du Québec, 2010d). Les TMS regroupent des problèmes de santé tels que les tendinites, bursites, lombalgies, etc.

Les lésions professionnelles affectent différentes parties du corps. Les zones du corps atteintes, appelées *sièges de la lésion*, sont modulées par la nature de la lésion. Le tronc (incluant le cou) est le siège le plus fréquemment affecté. Près de quatre lésions sur dix concernent le tronc. De façon plus spécifique, c'est le dos qui est la principale partie du tronc atteinte. Les membres supérieurs viennent en deuxième position (25 %), suivis des membres inférieurs (17 %). Les hommes sont deux fois plus sujets à avoir une lésion professionnelle reconnue que les femmes. Par ailleurs, ce sont les jeunes qui sont les plus touchés, l'incidence diminuant avec l'âge.

LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Les lésions et les problèmes de santé en lien avec le travail ne font pas tous l'objet d'une déclaration auprès de la CSST, notamment les troubles musculo-squelettiques (TMS). C'est pourquoi il est utile de recourir à des données d'enquêtes pour définir les TMS liés au travail. Ainsi, en 2008, selon l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), un travailleur sur cinq déclare avoir eu, au cours des 12 derniers mois, des douleurs au dos, au cou, aux membres supérieurs ou aux membres inférieurs liées à son travail et l'ayant dérangé dans ses activités quotidiennes (Institut de la statistique du Québec, 2010b). À l'échelle du Québec, cette proportion représente quelque 790 000 travailleurs.

Les femmes souffrent de TMS liés au travail dans une plus forte proportion que les hommes. Par ailleurs, cette proportion augmente avec l'âge, mais diminue chez les travailleurs de 60 ans et plus. Les principales parties du corps touchées sont les membres supérieurs et le dos.

L'ensemble des régions du Québec ont vu leur taux d'incidence des lésions professionnelles diminuer de 2001 à 2006. Toutefois, certaines régions ont une incidence nettement plus élevée que la moyenne québécoise lorsque l'on considère le lieu de résidence des travailleurs. C'est notamment le cas des régions de Lanaudière, des Laurentides, de l'Abitibi-Témiscamingue, de Laval et de Chaudière-Appalaches, qui ont toutes un taux d'incidence supérieur à 50 lésions pour 1 000 travailleurs ETC.

FIGURE 28.
INCIDENCE DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES AU QUÉBEC EN 2001 ET 2006

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 73).

LA GRAVITÉ DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES

LA GRAVITÉ DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES PEUT SE MESURER DE PLUSIEURS FAÇONS (ATTEINTES OU SÉQUELLES PERMANENTES, NOMBRE DE JOURS D'INDEMNISATION, RECHUTES, RÉADAPTATION, ETC.). LA DURÉE MOYENNE D'INDEMNISATION EST UNE MESURE FRÉQUEMMENT UTILISÉE À CETTE FIN. CEPENDANT, LA DURÉE MOYENNE D'INDEMNISATION N'EST PAS UN INDICATEUR PARFAIT DE LA GRAVITÉ, CAR ELLE NE TIENT PAS COMPTE DES LÉSIONS N'ENTRAÎNANT PAS NÉCESSAIREMENT UN ARRÊT DE TRAVAIL (EX. : SURDITÉ PROFESSIONNELLE).

Au Québec, pour la période 2005-2008, la durée moyenne d'indemnisation pour les lésions ayant au moins 1 jour d'indemnisation est de 70 jours par lésion. Cette durée a constamment augmenté depuis la période 1997-2000, où elle était de 52 jours par lésion.

Les femmes, bien qu'elles soient moins nombreuses à souffrir de lésions professionnelles que les hommes, semblent avoir des lésions plus graves, car leur durée moyenne d'indemnisation est de 76 jours par rapport à 68 jours pour les hommes. La durée moyenne d'indemnisation augmente constamment avec l'âge, passant de 39 jours chez les travailleurs de 15 à 24 ans à 117 jours chez ceux de 60 ans et plus.

Les troubles ou syndromes mentaux, même s'ils ne constituent qu'une faible proportion des lésions professionnelles déclarées et indemnisées par la CSST, sont de loin les lésions qui ont la durée moyenne d'indemnisation la plus élevée, soit 169 jours par lésion, ce qui est près de 2,5 fois supérieur à la moyenne de l'ensemble des lésions. Viennent ensuite les TMS et les traumatismes, qui se situent autour de la moyenne générale.

La répartition des lésions professionnelles selon le siège permet de constater que les lésions touchant des sites multiples ou des systèmes sont les plus graves en matière de durée moyenne d'indemnisation avec 111 jours par lésion. Ces lésions sont suivies de celles au tronc, aux membres inférieurs et aux membres supérieurs.

Certaines régions sont particulièrement affectées par la gravité des lésions professionnelles. Pour la période 2005-2008, la durée moyenne d'indemnisation est de 107 jours pour la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et de 102 jours pour l'Abitibi-Témiscamingue. À l'opposé, les régions de la Capitale-Nationale et de Chaudière-Appalaches possèdent les durées moyennes d'indemnisation les plus faibles (53 et 55 jours par lésion respectivement).

FIGURE 29.
INCIDENCE ET DURÉE MOYENNE D'INDEMNISATION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES AU QUÉBEC

	INCIDENCE DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES (TAUX POUR 1 000)		DURÉE MOYENNE DE L'INDEMNISATION		
	2001	2006	1997-2000	2001-2004	2005-2008
	Taux	Taux	Jours	Jours	Jours
Hommes	73,4	58,7	48,1	57,9	67,6
Femmes	32,7	29,1	61,8	70,3	76,2
15-24 ans	73,7	54,4	29,8	33,8	39,2
25-39 ans	57,1	45,6	49,1	58,0	63,8
40-49 ans	50,2	43,7	58,3	69,0	78,5
50-59 ans	46,7	41,3	70,6	79,8	86,5
60 ans et plus	48,6	41,1	95,5	111,8	116,9
Traumatisme	31,4	25,8	50,9	60,7	69,0
Trouble musculo-squelettique	19,9	15,4	53,8	62,7	70,4
Surdité	0,8	0,9	12,3	26,4	40,2
Trouble ou syndrome mental	0,5	0,5	114,8	137,5	168,6
Autres natures	2,6	2,4	30,2	41,1	55,5
Tête	4,7	3,9	13,1	19,3	22,3
Tronc (incluant le cou)	22,4	18,0	60,7	69,4	77,2
Membres supérieurs	15,3	11,7	42,3	50,8	57,5
Membres inférieurs	8,9	7,4	46,0	55,1	66,3
Sites multiples, systèmes et autres	3,8	4,0	94,7	101,3	111,3
Total	55,2	45,0	51,5	61,4	70,3

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 73).

Pour la période 2005-2008, ce sont plus de six millions de jours qui ont été indemnisés annuellement pour des lésions professionnelles. Sur une base journalière, c'est comme si 16 700 travailleurs étaient absents du travail chaque jour à cause d'une lésion professionnelle.

LES DÉCÈS RECONNUS PAR LA CSST

De 2000 à 2009, la CSST a enregistré une moyenne annuelle de 191 décès liés au travail (Commission de la santé et de la sécurité du travail, 2001-2010). Plus de 95 % de ces décès concernent des hommes. Jusqu'en 2002, la majorité des décès résultait d'un accident de travail. Depuis 2003 (sauf pour l'année 2006), ces décès sont surtout dus à des maladies professionnelles, et plus de 80 % de ceux-ci sont liés à une exposition à l'amiante (période 2004-2007).

Certains secteurs d'activité se démarquent quant au nombre de décès enregistrés. Les secteurs de la construction, du transport et de l'entreposage ainsi que des mines représentent près de 50 % des décès (Commission de la santé et de la sécurité du travail, 2007-2008).

LES BLESSURES LIÉES AU TRAVAIL

L'EQSP permet de colliger des données sur deux types de blessures liées au travail et suffisamment graves pour limiter les activités normales des individus[3]: les blessures non dues à des mouvements répétitifs (ex.: fracture, coupure profonde, brûlure grave, etc.) et les autres (ex.: syndrome du canal carpien, tendinite, etc.). En 2008, 3 % des Québécois de 15 à 74 ans disent avoir subi une blessure liée au travail non due à des mouvements répétitifs (plus de 130 000 personnes), et plus de 7 % disent avoir été victimes de blessures au travail attribuables à des mouvements répétitifs, soit plus de 285 000 personnes.

3. Contrairement à la plupart des autres indicateurs présentés dans cette analyse où ce sont les travailleurs qui sont étudiés, cet indicateur traite plutôt de la population âgée de 15 à 74 ans occupant ou non un travail.

LES MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

Plusieurs maladies professionnelles sont à déclaration obligatoire au Québec. Entre 2007 et 2009, près de 1 000 cas de maladies à déclaration obligatoire (MADO) d'origine professionnelle ont été enregistrés annuellement. Plus de la moitié de ces cas de MADO sont des intoxications d'origine chimique telles que celles liées au plomb ou au monoxyde de carbone. Viennent ensuite les maladies liées à une exposition professionnelle à l'amiante (amiantose, mésothéliome et cancer du poumon lié à l'amiante) avec plus de 25 % de l'ensemble des cas de MADO liées au travail. L'asthme professionnel (8 %) vient en troisième place avec environ 75 cas par année, suivi de la silicose (7 %) avec près de 70 cas déclarés annuellement, de l'atteinte broncho-pulmonaire (3 %) avec 26 cas et de la béryllose (1 %) avec quelques cas annuellement.

L'EXPOSITION À DES SITUATIONS À RISQUE EN MILIEU DE TRAVAIL

LES CONTRAINTES BIOMÉCANIQUES ET LES AGRESSEURS PHYSIQUES ET CHIMIQUES

En 2008, les contraintes biomécaniques sont les situations à risque en milieu de travail les plus fréquentes. Ainsi, en 2008, près de 40 % des travailleurs déclarent effectuer fréquemment ou continuellement des gestes répétitifs des mains et des bras, plus de 20 %, des efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement et près de 15 %, de la manipulation de charges lourdes. Par ailleurs, relativement aux agresseurs physiques et chimiques considérés, 7 % des travailleurs disent être exposés fréquemment ou continuellement à du bruit intense, 7 %, à des vapeurs de solvant et 5 %, à des poussières de bois. Sauf pour les gestes répétitifs des mains et des bras, les hommes sont davantage exposés que les femmes à des agresseurs physiques et chimiques ou à des contraintes biomécaniques.

Les travailleurs des régions de Chaudière-Appalaches et du Nord-du-Québec sont particulièrement touchés par ces situations à risque en milieu de travail. Les proportions de travailleurs exposés sont plus élevées dans ces régions que dans le reste du Québec pour respectivement sept et six des neuf contraintes examinées.

FIGURE 30.
TRAVAILLEURS DE 15 ANS ET PLUS EXPOSÉS À CERTAINES SITUATIONS À RISQUE EN MILIEU DE TRAVAIL AU QUÉBEC EN 2008

	HOMMES %	FEMMES %	TOTAL %
Exposition à des agresseurs physiques ou chimiques			
Bruit intense	11,0	3,1	7,3
Vapeurs de solvant	9,4	4,5	7,1
Poussières de bois	8,1	1,5	5,0
Fumées de soudage	4,2	*0,4	2,4
Contraintes biomécaniques			
Gestes répétitifs des mains et des bras	36,2	41,7	38,8
Efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement	29,3	13,6	21,9
Manipulation de charges lourdes	17,5	10,7	14,3
Vibrations des mains ou des bras	11,5	2,3	7,2
Vibrations de tout le corps	8,4	1,1	4,9

[1] Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 70).

LES CONTRAINTES ORGANISATIONNELLES

Le contexte organisationnel dans lequel les travailleurs évoluent peut aussi présenter des situations à risque plus propices au développement de maladies comme l'épuisement professionnel. En 2008, selon l'EQSP, plus d'un travailleur sur trois fait face à des exigences psychologiques élevées au travail, 44 % y ont une faible latitude décisionnelle et près de 15 % y vivent des situations de tension. Contrairement aux agresseurs physiques et chimiques de même qu'aux contraintes biomécaniques, les femmes sont davantage touchées par ces situations que les hommes. En ce qui concerne plus particulièrement la faible latitude décisionnelle, les jeunes travailleurs de 15 à 24 ans sont les plus affectés (Infocentre de santé publique, 2011).

LE HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

Selon l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et sécurité du travail 2008, 17 % des travailleuses et 13 % des travailleurs ont vécu des situations de harcèlement psychologique au travail (Vézina et autres, 2011).

LE PROGRAMME POUR UNE MATERNITÉ SANS DANGER

Depuis la création du programme Pour une maternité sans danger au début des années 1980, le nombre de travailleuses enceintes ou allaitantes ayant bénéficié de ce programme n'a cessé d'augmenter. Dans les 10 dernières années, le nombre de demandes annuelles est passé de 22 000 à environ 38 000. Plus de 98 % de ces demandes proviennent de travailleuses enceintes (Commission de la santé et de la sécurité du travail, 2009).

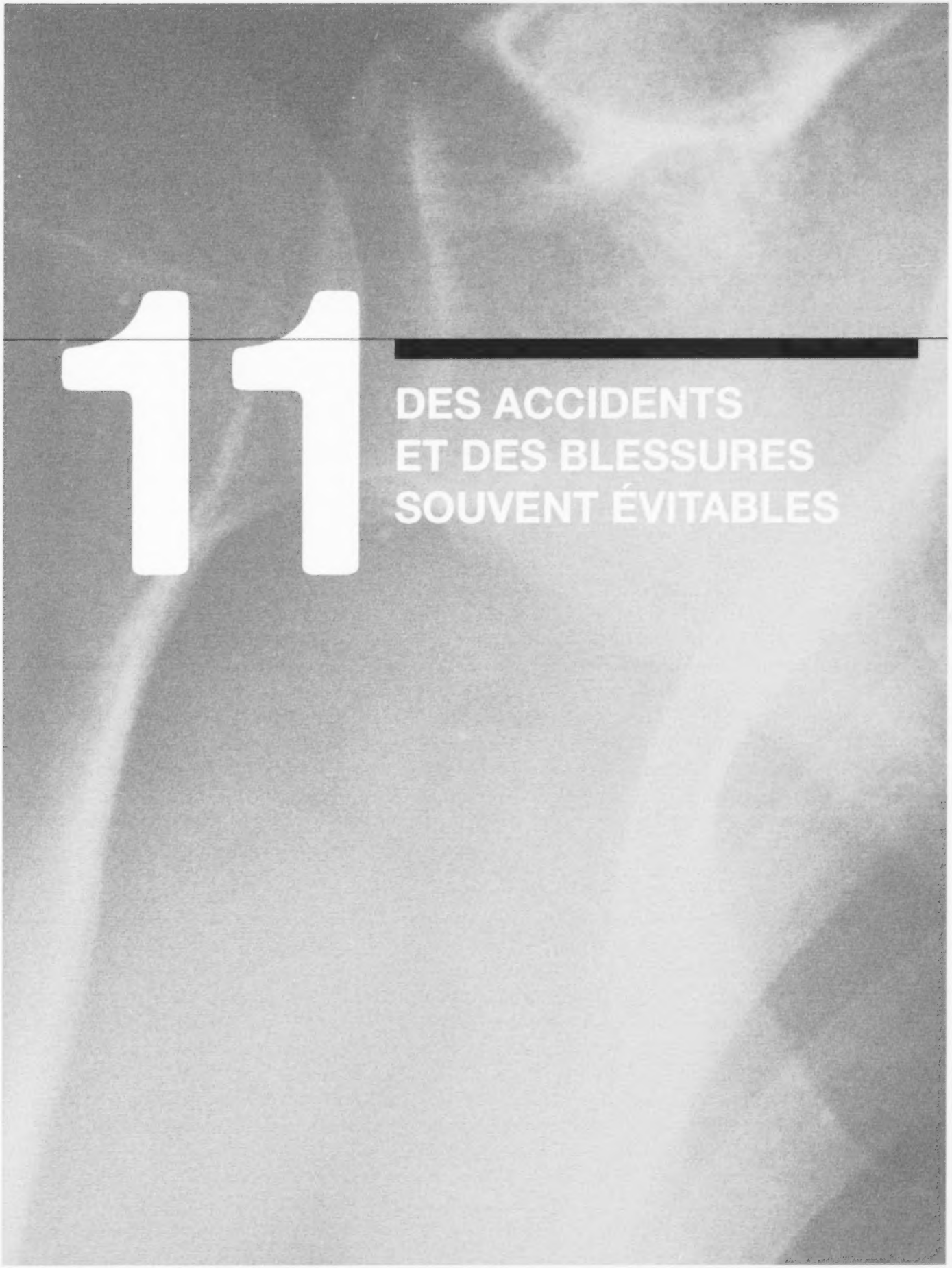
Plusieurs types de risques en milieu de travail peuvent être néfastes pour la travailleuse enceinte ou pour l'enfant à naître. Ceux de nature ergonomique sont les plus fréquents à être retenus pour les demandes de travailleuses enceintes. Ils sont mentionnés dans plus de 85 % des demandes pour la période 2008-2010. Suivent les risques biologiques, qui sont retenus dans plus de la moitié des demandes, une proportion qui a plus que doublé depuis une quinzaine d'années. Viennent ensuite les risques d'accident (43 %) ainsi que les risques psychosociaux (30 %), chimiques (26 %) et physiques (18 %). À noter qu'une travailleuse enceinte peut présenter plus d'un risque.

EN PERSPECTIVE

Malgré une diminution du nombre de lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST au cours des dernières années, les problèmes de santé liés au travail demeurent toujours un enjeu important de santé publique. Non seulement plus de 100 000 nouvelles lésions professionnelles sont-elles reconnues annuellement, mais ces lésions sont de plus en plus graves en matière de durée d'indemnisation. Par surcroît, les lésions professionnelles déclarées et acceptées par la CSST ne représentent qu'une fraction des problèmes attribuables au milieu de travail comme le démontrent les différentes enquêtes.

Il demeure donc essentiel d'agir sur les déterminants de l'état de santé que sont les expositions ou les situations à risque en milieu de travail. À cet effet, des enquêtes et études récentes montrent que les risques physiques ainsi que les contraintes organisationnelles sont étroitement liés aux problèmes de santé attribuables au travail, dont les TMS et les problèmes de santé mentale.

Les actions préventives en milieu de travail visent l'atteinte même de l'objet de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (gouvernement du Québec, 2011b), qui est l'élimination à la source des dangers en milieu de travail, ainsi que de l'objet de la Loi sur la santé publique (gouvernement du Québec, 2011c), qui est la protection et l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.



11 DES ACCIDENTS ET DES BLESSURES SOUVENT ÉVITABLES

Les traumatismes non intentionnels regroupent l'ensemble des blessures et des empoisonnements qui surviennent de façon involontaire, ce qui les distingue des blessures attribuables à la violence et au suicide qui résultent de gestes posés intentionnellement. Les traumatismes non intentionnels sont principalement causés par les accidents de la route, les chutes à domicile et la pratique d'activités récréatives ou sportives. Dans la grande majorité des cas, les traumatismes non intentionnels sont évitables.

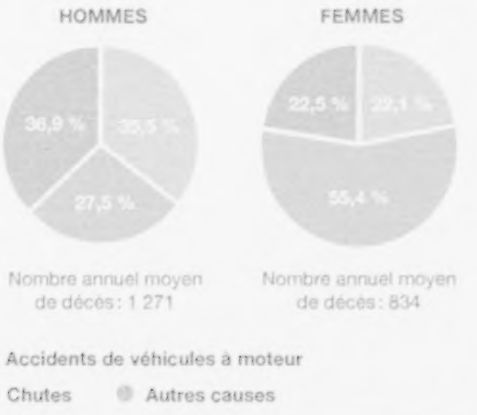
Bien qu'ils ne soient responsables, chaque année, que d'environ 4 % de tous les décès, les traumatismes non intentionnels représentent la première cause de mortalité chez les jeunes. De plus, ces blessures sont à l'origine d'environ 6 % des hospitalisations annuellement et elles entraînent des séquelles parfois graves. Les traumatismes non intentionnels font porter un fardeau annuel substantiel au système de santé et à la société québécoise en général. On estime le fardeau économique de ces blessures à 3,4 milliards de dollars au Québec en 2004 (SAUVE-QUI-PENSE, 2009). Pour ces raisons, les traumatismes non intentionnels représentent un enjeu de santé publique, d'autant plus qu'ils posent de nombreux défis de prévention.

UNE MORTALITÉ LARGEMENT ÉVITABLE, SURTOUT CHEZ LES HOMMES

Depuis le milieu des années 1990, on enregistre de faibles gains en matière de mortalité due aux traumatismes non intentionnels, une amélioration toutefois marginale et inférieure à celle observée pour l'ensemble de la mortalité.

On note en revanche des différences très marquées en fonction du sexe et de l'âge. De fait, pour la période 2005-2008, le taux de mortalité par traumatismes non intentionnels est de 36 pour 100 000 chez les hommes et de 19 pour 100 000 chez les femmes. Chez les hommes, les accidents de véhicules à moteur sont responsables de plus du tiers des décès par traumatismes non intentionnels, alors que les chutes représentent le quart de ces décès. Pour les femmes, ce sont les chutes qui constituent la principale cause de décès par traumatismes non intentionnels avec plus de la moitié des décès. Les accidents de véhicules à moteur, quant à eux, sont responsables de près de 22 % de ces décès.

FIGURE 31.
DÉCÈS PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS AU QUÉBEC EN 2005-2008



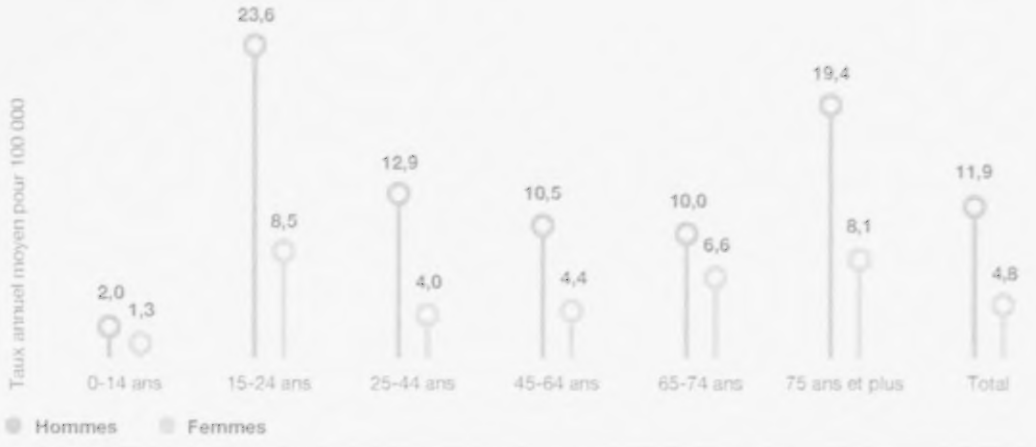
Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 79).

UN BILAN ROUTIER QUI S'AMÉLIORE

La tendance à la baisse du nombre de décès sur les routes au Québec depuis les années 1970 s'est poursuivie au cours des années 2000. Alors que le nombre annuel moyen de décès était de 658 pour la période 2001-2005, il s'est établi à 581 pour 2006-2010, soit une diminution de 12 %. Cependant, les jeunes sont toujours surreprésentés au chapitre des décès survenant sur les routes. En 2010, plus du quart des décès survenus sur les routes du Québec concernaient des jeunes de 15 à 24 ans (Société de l'assurance automobile du Québec, 2011).

Ce qui différencie encore davantage les hommes des femmes est la surmortalité masculine, particulièrement en ce qui a trait aux taux de mortalité par accidents de véhicules à moteur. En effet, alors qu'on observe peu de différences selon le sexe pour les taux de mortalité par chutes, ceux relatifs aux accidents de véhicules à moteur demeurent plus de deux fois supérieurs chez les hommes.

FIGURE 32.
MORTALITÉ PAR ACCIDENTS DE VÉHICULES À MOTEUR AU QUÉBEC EN 2005-2008



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version mai 2011.

Après les tumeurs malignes et les maladies de l'appareil circulatoire, les traumatismes non intentionnels constituent la plus importante cause de mortalité prématurée, soit avant l'âge de 75 ans. En 2005-2008, ils représentent dans l'ensemble 11 % des années potentielles de vie perdues. Chez les jeunes de 15-24 ans, les traumatismes non intentionnels sont de loin la principale cause de mortalité prématurée, bien devant le suicide et les maladies chroniques (tumeurs malignes, maladies de l'appareil circulatoire et de l'appareil respiratoire).

LES ANNÉES POTENTIELLES DE VIE PERDUES

Les années potentielles de vie perdues constituent une estimation du nombre moyen d'années de vie perdues en raison de décès prématurés, soit avant l'âge de 75 ans. Elles constituent une mesure de l'importance (fardeau) d'une maladie vue sous l'angle de la mortalité prématurée.

Par ailleurs, ce sont les personnes âgées qui sont davantage touchées par la mortalité due aux chutes. Quasi nul chez les 15-24 ans en 2005-2008, le taux de mortalité par chutes grimpe à 13 pour 100 000 personnes chez les 65-74 ans et atteint 133 pour 100 000 personnes chez les 75 ans et plus. En raison de ce lien étroit avec l'âge, les chutes représentent dans l'ensemble de la population une cause nettement moins importante de mortalité prématurée que les accidents de véhicules à moteur. Toutefois, elles doivent demeurer au centre des préoccupations de santé publique, surtout dans le contexte d'une société vieillissante.

On observe aussi de très fortes disparités régionales, particulièrement en ce qui concerne la mortalité attribuable aux accidents de véhicules à moteur. Plusieurs régions à plus faible densité de population se démarquent avec une mortalité plus élevée par accidents de véhicules à moteur, par exemple les régions de la Côte-Nord, de l'Abitibi-Témiscamingue et de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Dans ces régions, le recours à un véhicule motorisé devient non seulement nécessaire, mais aussi plus fréquent étant donné l'absence de transport public ainsi que les longues distances à parcourir pour accéder aux services, ce qui accroît le risque d'accident de la route (Thouez et autres, 1991 ; Audet et autres, 1995). À l'inverse, les régions de Montréal, de Laval et de la Capitale-Nationale affichent des taux inférieurs à la moyenne québécoise. La présence de centres urbains importants dans ces trois régions expliquerait ces statistiques plus favorables (Martinez et autres, 2004). Pour la période 2000-2008, ce sont ces trois mêmes régions qui affichent les plus faibles taux de conducteurs décédés ayant obtenu un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise.

Sur le plan canadien, le Québec présente des taux de mortalité par traumatismes non intentionnels parmi les plus faibles, aussi bien pour les accidents de véhicules à moteur que pour les chutes.

FIGURE 33.
MORTALITÉ PAR TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS EN 2007, COMPARAISONS CANADIENNES

Source : Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2011.

LES CHUTES : LES PREMIÈRES RESPONSABLES DES HOSPITALISATIONS

Au Québec, durant la période 2006-2009, près de 40 000 hospitalisations sont attribuées chaque année à des traumatismes non intentionnels, soit 6 % de toutes les hospitalisations. Plus de la moitié d'entre elles surviennent à la suite de chutes, ce pourcentage étant plus élevé chez les femmes (trois sur quatre). Les accidents de véhicules à moteur constituent la deuxième cause en importance des hospitalisations tant pour les hommes que pour les femmes.

De façon nettement plus accentuée que pour la mortalité, le taux ajusté d'hospitalisation attribuable aux traumatismes non intentionnels diminue depuis plusieurs années, tant chez les hommes que chez les femmes.

UNE AUGMENTATION DU FARDEAU HOSPITALIER DES CHUTES, MAIS NON DU RISQUE D'ÊTRE HOSPITALISÉ POUR UNE CHUTE

La fréquence des hospitalisations attribuables aux chutes augmente considérablement avec l'âge. À titre d'exemple, elle est 10 fois plus élevée chez les 75 ans et plus que chez les 45-64 ans. Le vieillissement de la population s'accélérant au Québec, le nombre d'hospitalisations pour chutes s'accroît progressivement. Si le fardeau hospitalier s'alourdit avec le temps, toutes proportions d'âge gardées, le risque d'être hospitalisé pour une chute demeure par contre stable dans la population, voire en légère baisse.

À l'image de la mortalité, on note de fortes disparités régionales en ce qui a trait aux hospitalisations pour traumatismes non intentionnels. Plusieurs régions affichent des taux supérieurs à celui observé au Québec, mais celles du Nunavik et du Nord-du-Québec se démarquent par des taux largement plus élevés. À l'inverse, les régions de Montréal, de l'Outaouais, de Laval, de la Capitale-Nationale et de la Montérégie se démarquent par des taux inférieurs à la moyenne québécoise.

UNE JEUNESSE PLUS À RISQUE

Quelle que soit l'enquête, il ressort que ce sont les jeunes de 12 à 24 ans qui déclarent en plus grande proportion souffrir de blessures non causées par des mouvements répétitifs et suffisamment graves pour limiter leurs activités normales. Cette proportion tend à diminuer avec l'âge. Et ce constat ressort également lorsque l'on porte un regard sur les blessures sportives, dont la proportion est nettement moins élevée chez les 25 ans et plus.

L'ALCOOL AU VOLANT : VERS UNE CONDUITE PLUS RESPONSABLE

En ce qui concerne la conduite avec facultés affaiblies, une nette diminution des condamnations est observée entre 1991 et 2005. Cette tendance semble se poursuivre en 2006 et 2007 selon les données provisoires (Tardif, 2009). Ce comportement plus responsable est noté tant chez les hommes que chez les femmes. Chez les hommes, la baisse est majeure : le taux de condamnation passe de 931 pour 100 000 titulaires de permis en 1991 à 442 en 2005. Le taux des hommes demeure cependant plus élevé que celui des femmes. L'analyse par groupe d'âge révèle que ce sont les 25-44 ans qui ont connu la plus importante amélioration. Cette amélioration est certainement liée aux nombreuses campagnes de sensibilisation et à l'implantation d'initiatives comme Opération Nez rouge, qui sont en place depuis les premières heures de conduite de cette cohorte de conducteurs.

L'UTILISATION D'ÉQUIPEMENTS DE SÉCURITÉ

Le port de la ceinture de sécurité est obligatoire lorsque l'on utilise un véhicule sur route. Cela représente un exemple marquant d'un équipement de sécurité qui joue un grand rôle dans la prévention de blessures graves lors d'accidents de la route. Son utilisation n'est pas étrangère à la baisse marquée de la mortalité sur les routes du Québec depuis les années 1970. Des données de la Société d'assurance automobile du Québec recueillies par des observations sur le terrain permettent d'avoir une image de l'utilisation de cet équipement la nuit. De 2000 à 2008, ces données révèlent des proportions élevées et plutôt stables du port de la ceinture de sécurité la nuit, que ce soit pour les conducteurs ou les passagers avant, de l'ordre de 85 % à 92 %.

En 2008, un peu plus du tiers des cyclistes observés portaient un casque à vélo. Cette proportion est plus élevée qu'en 2000 alors que le quart environ des cyclistes l'utilisait. Toutefois, elle ne progresse plus depuis 2004. C'est chez les enfants de moins de cinq ans que la proportion est la plus élevée, se situant à 66 % en 2008. Alors que la moitié des adultes de 25 ans et plus portent le casque à vélo, seulement 1 jeune de 10 à 15 ans sur 4 et 1 jeune de 16 à 24 ans sur 5 le portent.

FIGURE 34.
DES RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT

INDICATEURS	SITUATION MOINS FAVORABLE	SITUATION PLUS FAVORABLE
Mortalité par traumatismes non intentionnels (2005-2008)	• Nunavik • Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Abitibi-Témiscamingue • Côte-Nord • Saguenay—Lac-Saint-Jean • Bas-Saint-Laurent • Chaudière-Appalaches • Mauricie et Centre-du-Québec	• Laval • Montréal • Capitale-Nationale
Mortalité par accidents de véhicules à moteur (2005-2008)	• Côte-Nord • Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Abitibi-Témiscamingue • Bas-Saint-Laurent • Saguenay—Lac-Saint-Jean • Chaudière-Appalaches • Mauricie et Centre-du-Québec • Estrie • Lanaudière	• Montréal • Laval • Capitale-Nationale
Hospitalisations pour traumatismes non intentionnels (2006-2009)	• Nunavik • Nord-du-Québec • Abitibi-Témiscamingue • Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Côte-Nord • Estrie • Saguenay—Lac-Saint-Jean • Terres-Cries-de-la-Baie-James • Bas-Saint-Laurent • Mauricie et Centre-du-Québec • Laurentides • Chaudière-Appalaches	• Montréal • Outaouais • Laval • Capitale-Nationale • Montérégie
Hospitalisations pour accidents de véhicules à moteur (2006-2009)	• Nunavik • Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Saguenay—Lac-Saint-Jean • Abitibi-Témiscamingue • Côte-Nord • Bas-Saint-Laurent • Estrie • Mauricie et Centre-du-Québec • Lanaudière • Chaudière-Appalaches	• Montréal • Outaouais • Laval • Capitale-Nationale
Hospitalisations pour chutes (2006-2009)	• Nunavik • Nord-du-Québec • Côte-Nord • Abitibi-Témiscamingue • Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Saguenay—Lac-Saint-Jean • Estrie • Bas-Saint-Laurent • Laurentides • Mauricie et Centre-du-Québec	• Outaouais • Montréal • Laval • Montérégie

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiches 78 et 79).

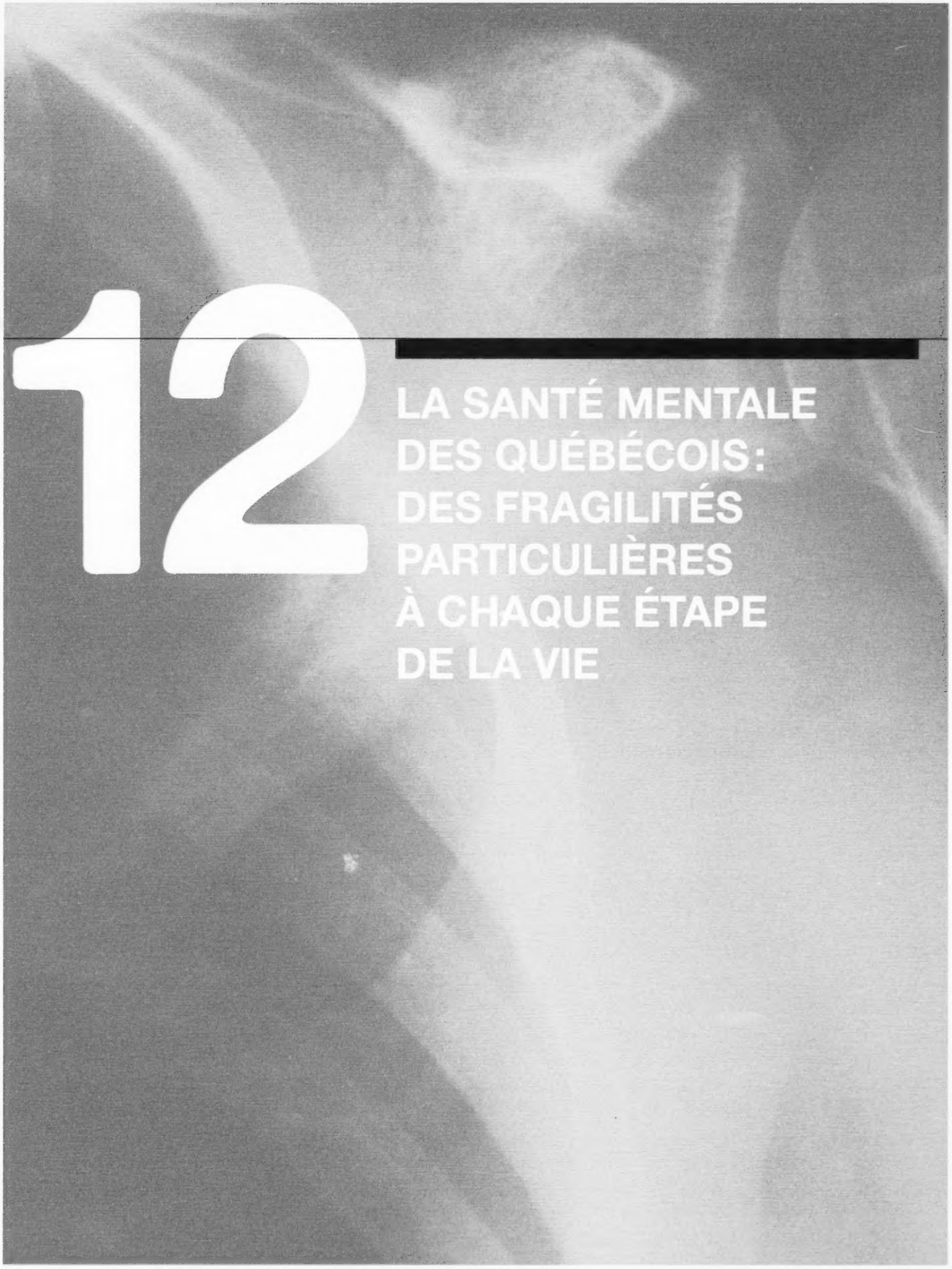
EN PERSPECTIVE

La grande majorité des traumatismes non intentionnels sont évitables et constituent de surcroît la principale cause de mortalité chez les jeunes. Ils sont la cible de plusieurs objectifs du *Programme national de santé publique 2003-2012* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008b) et ainsi l'objet de plusieurs activités de prévention. Parmi ces objectifs, on trouve la réduction de la morbidité et de la mortalité sur le réseau routier. La diminution importante de la mortalité sur les routes du Québec depuis les trois dernières décennies est le résultat de multiples actions convergentes et activités de prévention intersectorielles, notamment la participation du réseau de la santé aux travaux de la Table québécoise de la sécurité routière. La poursuite des efforts pour que ces tendances favorables se maintiennent est néanmoins essentielle, d'autant plus que ce sont souvent des jeunes qui sont en cause.

Plus difficile à mesurer, l'objectif de réduction des chutes chez les personnes âgées du *Programme national de santé publique 2003-2012* est néanmoins prioritaire dans le contexte où les tendances démographiques devraient entraîner une augmentation de ce type de traumatismes. Les travaux amorcés pour mieux documenter ces chutes, notamment le lieu où elles se produisent et les circonstances les entourant, permettront de mieux orienter les interventions. Les chutes résultent à la fois de facteurs propres à l'individu, comme ses comportements, et de facteurs propres à l'environnement dans lequel il évolue. C'est pourquoi le cadre de référence sur la prévention des chutes (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2004b) prévoit des interventions sur plusieurs aspects de ces deux axes.

En ce qui concerne les taux de condamnation pour conduite avec facultés affaiblies, on observe chez les jeunes de moins de 25 ans une diminution importante de 1991 à 2000, mais les taux ont connu une hausse en 2001 et 2002 pour ensuite se stabiliser. Les efforts pour sensibiliser cette nouvelle cohorte de conducteurs devraient donc se poursuivre. Pour ce groupe d'âge et chez les nouveaux conducteurs, il faut aussi signaler l'arrivée du nouveau permis probatoire, permis qui interdit la conduite d'un véhicule après avoir consommé de l'alcool. C'est ce qu'on appelle communément la tolérance zéro chez les moins de 25 ans.

Ces différentes politiques publiques contribuent à faire diminuer le nombre de traumatismes non intentionnels au Québec. Mais la vigilance est toujours de mise puisque ces traumatismes sont en quelque sorte tributaires de l'évolution de notre environnement et de nos comportements.



12 LA SANTÉ MENTALE DES QUÉBÉCOIS : DES FRAGILITÉS PARTICULIÈRES À CHAQUE ÉTAPE DE LA VIE

La santé mentale ne se restreint pas seulement à l'absence de troubles mentaux, mais renvoie aussi au bien-être, à l'équilibre ainsi qu'à la capacité des personnes à s'adapter aux difficultés quotidiennes (World Health Organization, 2001). Les troubles mentaux, quant à eux, sont généralement caractérisés par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement qui sont reconnaissables et associés à une détresse et à une interférence du fonctionnement individuel et social (Desjardins et autres, 2008).

LES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE : UN DÉFI POUR NOTRE SOCIÉTÉ

À l'échelle mondiale, les troubles de santé mentale représentaient 10 % du fardeau de l'ensemble des maladies en 1990. Ce pourcentage est passé à 12 % en 2000, et l'Organisation mondiale de la Santé prévoit que cette proportion s'élèvera à 15 % en 2020 (World Health Organization, 2001). On estime qu'une personne sur quatre vivra un ou plusieurs problèmes de santé mentale au cours de sa vie (Murray et Lopez, 1996 ; World Health Organization, 2001).

Le présent portrait de l'état de santé mentale des Québécois a été élaboré à partir de plusieurs mesures-clés utilisées dans ce domaine : la satisfaction par rapport à la vie, le stress, la détresse psychologique et les idéations suicidaires. Ces données présentées sont issues d'enquêtes, tout comme celles liées à la prévalence de la dépendance au jeu. Des sources de données administratives ont été utilisées pour la consommation médicamenteuse et le suicide au Québec.

DES QUÉBÉCOIS SATISFAITS DE LEUR VIE, MAIS STRESSÉS

La grande majorité des Québécois se perçoivent en bonne santé mentale. En 2007-2008, seulement 3,4 % de la population de 12 ans et plus rapporte que sa santé mentale est passable ou mauvaise. Le Québec est la province canadienne où la perception négative de sa santé mentale est la moins répandue.

FIGURE 35.
POPULATION NE SE PERCEVANT PAS EN BONNE SANTÉ MENTALE EN 2007-2008, COMPARAISONS CANADIENNES

Source : Statistique Canada et Institut canadien d'information sur la santé, 2011.

En 2007-2008, près de 3 % de la population québécoise âgée de 12 ans et plus se considère comme insatisfaite ou très insatisfaite à l'égard de la vie. C'est entre 12 et 24 ans que cette proportion est la plus faible. Par ailleurs, les résidents de la région de Montréal sont proportionnellement plus nombreux que ceux du reste du Québec à se déclarer insatisfaits à l'égard de la vie (4,3 %).

Certains aspects de la vie suscitent davantage d'insatisfaction parmi la population. C'est le cas de sa propre situation financière, pour laquelle 13 % des Québécois se disent insatisfaits en 2007-2008. Les résidents de la région de Montréal présentent une proportion plus élevée que ceux du reste du Québec à ce chapitre, tout comme pour l'apparence de leur corps, leur logement, leur emploi et leur quartier.

Malgré les faibles proportions de la population insatisfaite de la vie en général et ne se percevant pas en bonne santé mentale, les Québécois sont nombreux à vivre un stress quotidien élevé. En 2007-2008, plus du quart de la population âgée de 15 ans et plus affirme vivre une telle situation. Les personnes de 25 à 44 ans sont les plus nombreuses à éprouver ce type de stress. À l'échelle canadienne, le Québec se situe parmi les provinces présentant les proportions les plus élevées à cet égard (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET LES TROUBLES DE L'HUMEUR : DEUX ASPECTS À SURVEILLER

En 2007-2008, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à présenter un niveau élevé de détresse psychologique. Le niveau de détresse psychologique est estimé au moyen d'une échelle qui permet de mesurer la fréquence de survenue de dix situations problématiques au cours du dernier mois, comme se sentir nerveux, désespéré, agité, déprimé ou épuisé.

C'est chez les 12-24 ans que la détresse psychologique est la plus répandue. Les jeunes de 18 à 24 ans sont les plus susceptibles de développer un problème de santé mentale (Poulin et autres, 2004). Plusieurs changements survenant à cette période de la vie peuvent contribuer à la fragilité psychologique des jeunes. On n'a qu'à penser au passage de l'école secondaire ou du cégep au marché du travail, à la conciliation travail-études, aux premières relations amoureuses ou même au départ du nid familial.

En 2007-2008, environ 5 % de la population québécoise de 12 ans et plus déclare avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur (notamment, la dépression et le trouble bipolaire). C'est chez les 45-64 ans que la proportion de personnes ayant reçu un tel diagnostic est la plus élevée et chez les 12-24 ans qu'elle est la plus faible malgré le niveau élevé de détresse rapportée par les jeunes. Les femmes déclarent davantage que les hommes avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, et ce, pour tous les groupes d'âge. Ces tendances sont cohérentes avec celles observées dans l'ensemble du Canada (Statistique Canada, 2011c).

PLUS DE DÉTRESSE CHEZ LES MOINS FAVORISÉS SUR LE PLAN SOCIOÉCONOMIQUE

Les données de 2008 de l'Enquête québécoise sur la santé de la population révèlent que les personnes qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres et celles qui sont sans emploi sont plus nombreuses en proportion à vivre un niveau élevé de détresse psychologique (Camirand et Légaré, 2010).

LA CONSULTATION D'UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

En 2003, 8 % des Québécois disent avoir consulté un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois pour des raisons de santé mentale. Chez les personnes de 25 à 44 ans, cette proportion s'élève à environ 11 %. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir consulté. Ce sont principalement les psychologues et les médecins de famille qui sont consultés, suivis des psychiatres.

LA CONSOMMATION MÉDICAMENTEUSE DES PERSONNES ÂGÉES : MOINS D'ANXIOLYTIQUES, DE SÉDATIFS OU D'HYPNOTIQUES… MAIS PLUS D'ANTIDÉPRESSEURS

Les données du régime public d'assurance médicaments de la Régie de l'assurance maladie du Québec montrent que près de trois aînés sur dix font usage d'anxiolytiques, de sédatifs ou d'hypnotiques en 2008, une proportion qui toutefois diminue depuis l'an 2000. Les femmes font davantage usage de ces médicaments que les hommes.

FIGURE 36.
USAGE D'ANXIOLYTIQUES, DE SÉDATIFS OU D'HYPNOTIQUES CHEZ LES QUÉBÉCOIS DE 65 ANS ET PLUS DE 2000 À 2008

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 85).

Néanmoins, entre 2005 et 2009, la prévalence de l'usage d'antidépresseurs est en hausse, notamment chez les personnes âgées. Selon une étude publiée récemment, 16 % des bénéficiaires du régime public d'assurance médicaments âgés de 60 à 74 ans font usage d'antidépresseurs en 2009 contre 14 % en 2005. Chez les personnes de 75 ans et plus, cette proportion passe de 16 % à 18 % pour la même période (Conseil du médicament, 2011).

LES PROBLÈMES DE JEU : UN PHÉNOMÈNE DAVANTAGE MASCULIN

L'Indice de gravité du jeu compulsif permet une évaluation des problèmes de jeux de hasard et d'argent dans une population. Selon cet indice, on estime que le Québec compte, en 2007-2008, moins de 1 % de joueurs pathologiques parmi la population de 12 ans et plus et environ 2 % de joueurs à risque faible ou moyen. Au total, ce sont 160 200 personnes qui ont un risque de dépendance au jeu de hasard en 2007-2008. Les hommes sont davantage susceptibles de présenter de tels problèmes que les femmes. Ces estimations sont analogues à celles observées dans la population adulte d'autres territoires comparables où la proportion de joueurs problématiques oscille entre 2 % et 5 % (Volberg, 2007).

Certains jeux posent plus de risques que d'autres. Les habitudes de jeu des joueurs d'appareils de loterie vidéo et des joueurs sur Internet sont particulièrement préoccupantes. Un joueur d'appareils de loterie vidéo sur cinq éprouve des problèmes de jeu, tandis que c'est un joueur en ligne sur neuf qui éprouve de tels problèmes. Les joueurs d'appareil de loterie et les joueurs en ligne sont aussi proportionnellement plus nombreux à faire usage du tabac et du cannabis ainsi qu'à rapporter une consommation problématique d'alcool (Kairouz et autres, 2009).

LE SUICIDE AU QUÉBEC : UNE DIMINUTION QUI DOIT SE POURSUIVRE

Le suicide est fortement associé aux troubles mentaux et s'avère, dans plusieurs cas, le reflet de problèmes de santé mentale. En 2008, près de 3 % de la population de 15 ans et plus dit avoir songé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois. La proportion d'idéations suicidaires est sensiblement la même chez les hommes et les femmes. Par contre, contrairement aux idéations suicidaires, les hommes présentent des taux annuels de mortalité par suicide près de quatre fois plus élevés que ceux des femmes, même si celles-ci font environ trois fois plus de tentatives (Camirand et Légaré, 2010).

Au cours de la période 2005-2008, près de 1 200 Québécois sont décédés chaque année par suicide, et plus de trois décès sur quatre étaient des hommes. Ce nombre est élevé, mais l'est moins qu'au cours de la décennie précédente. En effet, les données sur les tendances récentes du taux de mortalité par suicide pour l'ensemble du Québec sont encourageantes, car celui-ci tend à diminuer de manière significative dans l'ensemble des régions, à l'exception de la région de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine. Entre 1999 et 2008, la baisse est de l'ordre de 4 % par année pour l'ensemble du Québec. La diminution la plus importante est observée chez les adolescents de 15 à 19 ans, pour qui la mortalité par suicide diminue en moyenne de 12 % par année (Gagné et St-Laurent, 2010). En 2007-2009, c'est chez les hommes de 35 à 49 ans que le taux de suicide est le plus élevé (Gagné et autres, 2011).

FIGURE 37.
MORTALITÉ PAR SUICIDE AU QUÉBEC DE 1981 À 2008

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès, version mai 2011.

Des disparités régionales sont cependant observées au Québec. Pour la période 2005-2008, les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, du Bas-Saint-Laurent, de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine, de la Mauricie et Centre-du-Québec et de Chaudière-Appalaches affichent des taux plus élevés que la moyenne québécoise. Par ailleurs, le taux de mortalité par suicide au Nunavik est considérablement plus élevé que celui de l'ensemble du Québec.

Le taux québécois de suicide demeure relativement élevé comparativement à ce qui est observé ailleurs au Canada. En effet, le Québec présente en 2006 des taux de suicide supérieurs à ceux de toutes les autres provinces canadiennes (Institut national de santé publique du Québec, 2010a).

FIGURE 38.
DES RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT

INDICATEURS	SITUATION MOINS FAVORABLE	SITUATION PLUS FAVORABLE
Population éprouvant un stress quotidien élevé (2007-2008)	- - -	• Saguenay—Lac-Saint-Jean • Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Côte-Nord • Bas-Saint-Laurent
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique (2007-2008)	- - -	• Outaouais
Mortalité par suicide (2005-2008)	• Nunavik • Abitibi-Témiscamingue • Bas-Saint-Laurent • Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine • Mauricie et Centre-du-Québec • Chaudière-Appalaches	• Laval • Montréal • Montérégie

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiches 83, 84 et 87).

EN PERSPECTIVE

Ce portrait succinct de l'état de santé mentale des Québécois révèle que chaque groupe d'âge et chaque sexe présentent des fragilités particulières. En effet, les jeunes semblent vulnérables sur le plan de la détresse psychologique. Une proportion importante de la population active est aux prises avec un stress quotidien élevé, et les 25-44 ans, comme les 45-64 ans, ont davantage tendance à consulter et à recevoir un diagnostic de trouble de l'humeur. Quant aux personnes âgées, elles semblent généralement afficher une bonne santé mentale. Toutefois, malgré le fait qu'elles prennent de moins en moins d'anxiolytiques, de sédatifs ou d'hypnotiques, elles prennent de plus en plus d'antidépresseurs. Les femmes présentent également certaines vulnérabilités sur le plan de la santé mentale, soit la détresse psychologique et les troubles de l'humeur. Les hommes sont, pour leur part, plus affectés par la dépendance au jeu et la mortalité par suicide.

Ces constats viennent souligner les besoins de soutien des Québécois, que ce soit en matière de promotion de la santé mentale, de prévention du suicide et des problèmes de santé mentale (notamment, les troubles de l'humeur) ou d'intervention précoce. Cela démontre de nouveau la nécessité d'agir sur les déterminants qui ont une influence sur la santé mentale. Les actions visent les individus ou leur environnement (école, milieu de travail, communauté). Elles peuvent aussi être axées sur la réduction des inégalités sociales et ainsi contribuer à l'amélioration de l'état de santé mentale des personnes les plus défavorisées économiquement. Les activités de prévention et de promotion en lien avec la santé mentale prévues au *Programme national de santé publique 2003-2012* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008b) ciblent les groupes plus vulnérables, mais visent aussi à intervenir en amont des problèmes, c'est-à-dire dès le très jeune âge, pour favoriser le développement optimal des enfants et améliorer les conditions de vie des familles.

13

L'ENVIRONNEMENT SOCIAL ET LES PROBLÈMES D'ADAPTATION : DES MILIEUX DE VIE QUI INFLUENCENT LA SANTÉ ET LES COMPORTEMENTS

Pour une compréhension globale de la santé d'une population, le contexte de vie des individus et leur mode d'adaptation aux situations de vie parfois difficiles doivent être considérés. Ces deux dimensions réfèrent à l'environnement social et à l'adaptation sociale.

L'environnement social, défini comme le milieu dans lequel on évolue et les relations que l'on entretient avec les autres, joue un rôle déterminant pour la santé. Il est aussi constitué de normes et de règles qui façonnent ou influencent les comportements. La quantité et la qualité des liens de même que le sentiment de sécurité et de bien-être peuvent entraîner certains comportements bénéfiques ou nuisibles chez les individus et l'ensemble de la communauté. La notion d'adaptation sociale concerne les comportements individuels que l'on juge conformes ou non conformes aux normes sociales.

De façon générale, on définit l'adaptation comme l'ajustement d'une personne aux conditions du milieu. Les problèmes d'adaptation sociale sont vus comme des altérations importantes du fonctionnement social et comprennent par exemple la négligence et la violence. L'acuité et la nature des problèmes d'adaptation sociale sont particulières à chaque étape de la vie.

DES FAÇONS DE VIVRE EN SOCIÉTÉ QUI INFLUENCENT LA SANTÉ

Pour comprendre l'influence de l'environnement social sur l'état de santé, on peut s'appuyer sur deux concepts liés qui ont un effet protecteur sur la santé, soit le soutien social, c'est-à-dire la qualité des liens entretenus et la diversité de l'aide disponible pour un individu, de même que la cohésion sociale, qui fait référence à la volonté des membres d'une collectivité de coopérer au mieux-être de tous.

On reconnaît que la cohésion sociale joue un rôle dans l'état de santé des populations et que l'intégration sociale des individus peut être un facteur protecteur. C'est notamment ce qu'a montré Durkheim dès la fin du 19e siècle dans sa fameuse étude sur le suicide dans plusieurs pays européens (Durkheim, 1990). De manière générale, lorsque l'individu s'identifie à sa communauté ou y participe, celle-ci devient en quelque sorte un facteur protecteur de sa santé.

Au Québec, en 2007-2008, la proportion de personnes de 12 ans et plus ayant un très faible sentiment d'appartenance à leur communauté est de 12 %. À l'échelle régionale, quatre régions se distinguent de manière positive avec une proportion de moins de 5 %, soit la Côte-Nord, le Nord-du-Québec, la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine et l'Abitibi-Témiscamingue. Cependant, cette proportion atteint 16 % dans la région de Chaudière-Appalaches.

En 2007-2008, 12 % de la population québécoise de 12 ans et plus a un niveau faible ou modéré de soutien émotionnel ou informationnel. Cette proportion augmente avec l'âge alors que près de 1 personne de 65 ans et plus sur 5 se trouve dans cette catégorie.

GRANDIR DANS LA COMMUNAUTÉ : UN PARCOURS PARFOIS DIFFICILE

Bien que de manière générale les enfants et les adolescents soient en bonne santé, il n'en demeure pas moins que les problèmes d'adaptation sociale que certains jeunes vivent sont préoccupants et peuvent avoir des conséquences pour le reste de leur vie. Tôt dans la vie, les jeunes peuvent connaître des difficultés qui freinent leur épanouissement social, même si c'est souvent au début de l'adolescence que les problèmes apparaissent avec plus d'acuité.

LES DIFFICULTÉS SOCIO-ÉMOTIONNELLES DES ENFANTS DE 3 À 14 ANS : DES DONNÉES QUÉBÉCOISES INÉDITES

C'est en 2008 que le développement socio-émotionnel des enfants a été évalué pour la première fois dans une enquête populationnelle au Québec. Selon cette enquête, 12 % des enfants québécois de 3 à 14 ans présentent un niveau modéré ou sévère de difficultés socio-émotionnelles, une situation plus fréquemment observée chez les garçons que chez les filles.

Parmi les quatre types de difficultés évaluées, les difficultés de comportement sont les plus répandues, concernant environ un enfant sur quatre. Ces difficultés pourraient cependant être transitoires pour plusieurs enfants, car elles sont, en proportion, davantage présentes chez les 3 à 5 ans que chez les 6 à 14 ans (Infocentre de santé publique, 2011). De manière générale, la répartition selon le niveau de difficultés socio-émotionnelles des enfants québécois est semblable à celle rapportée aux États-Unis et en Grande-Bretagne (Renaud et Fournier, 2010).

LE *STRENGTHS AND DIFFICULTIES QUESTIONNAIRE* : UN INSTRUMENT DE MESURE DES DIFFICULTÉS SOCIO-ÉMOTIONNELLES DES ENFANTS UTILISÉ DANS PLUSIEURS PAYS

Le *Strengths and Difficulties Questionnaire* (SDQ) (Goodman, 1997 ; Goodman, 1999) est un instrument de mesure des difficultés socio-émotionnelles chez les enfants âgés de 3 à 16 ans. Au moyen de cet instrument, on évalue la présence de symptômes associés aux troubles extériorisés (troubles des conduites, d'opposition, d'hyperactivité et d'inattention) et intériorisés (anxiété et dépression) (Goodman, Lamping et Ploubidis, 2010). Ainsi, un résultat élevé au SDQ indique que l'enfant a une probabilité plus grande de souffrir d'un trouble de santé mentale (Goodman, 2001 ; Goodman et autres, 2000). Il s'agit toutefois uniquement d'une probabilité, et non pas d'une certitude, car le SDQ ne permet pas d'établir un diagnostic psychiatrique.

Le comportement prosocial est une sous-échelle du SDQ. Cette sous-échelle n'entre toutefois pas dans le calcul du score global du niveau de difficultés socio-émotionnelles, car on ne s'en sert pas pour évaluer une difficulté de l'enfant, mais plutôt une force. Ainsi, 1 enfant sur 20 âgé de 3 à 14 ans a un niveau limite ou anormal de comportement prosocial.

LA NÉGLIGENCE : LE PRINCIPAL MOTIF DE SIGNALEMENT DES ENFANTS AUX DIRECTIONS DE LA PROTECTION DE LA JEUNESSE

Les situations de négligence, d'abus physique, d'abus sexuel et d'abandon telles qu'elles sont définies aux fins de la Loi sur la protection de la jeunesse sont parmi celles qui mettent en danger la sécurité ou le développement de l'enfant. Nombre d'enfants et d'adolescents vivent ces situations.

De 2005 à 2010, on dénombre en moyenne par année un peu plus de 8 000 nouveaux cas pris en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse. La négligence est le motif principal de prise en charge des enfants, étant le motif de six signalements sur dix. Le trouble de comportement et l'abus physique sont les deux autres principales causes de prise en charge, bien qu'elles soient beaucoup moins importantes en nombre. Ce portrait des signalements aux directions de la protection de la jeunesse ne tient pas compte des cas de négligence et d'abus qui ne sont pas déclarés.

LE DÉCROCHAGE SCOLAIRE CHEZ LES JEUNES

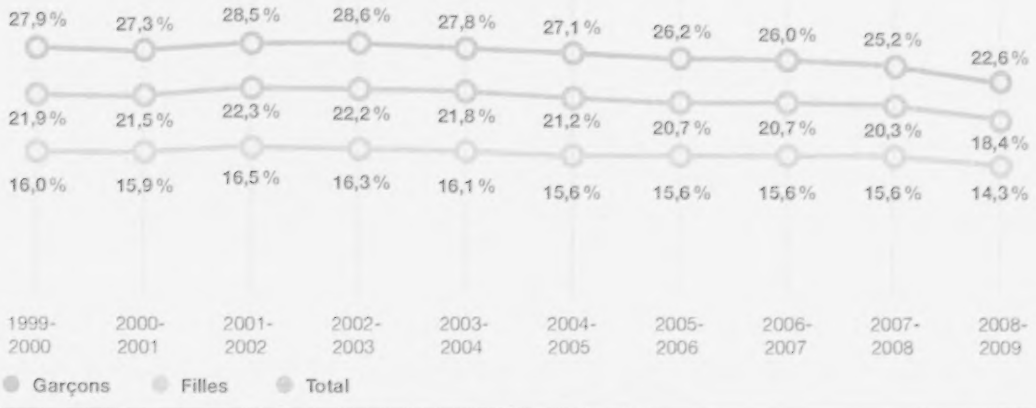
On associe généralement l'abandon scolaire et un faible niveau de scolarité aux difficultés d'adaptation et d'intégration sociales des individus, et ce, tout au long de la vie. La lutte contre le décrochage scolaire est une cible prioritaire d'action pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population.

UNE NOUVELLE MODALITÉ DANS LE CALCUL DU DÉCROCHAGE SCOLAIRE

Les données présentées sur le décrochage scolaire correspondent à celles obtenues selon la nouvelle modalité introduite en 2010. Cette nouvelle modalité a trait à la date de lecture des fichiers et permet désormais de tenir compte des élèves qui se réinscrivent entre le 1er février et la fin de l'année scolaire. Cet ajustement a pour effet de produire des valeurs inférieures à celles publiées jusqu'ici, car on considère un plus grand nombre d'inscriptions.

Entre 1999 et 2009, on remarque une légère amélioration du taux de décrochage scolaire, qui est encore nettement trop élevé, passant de 22 % à 18 %. Chez les garçons, ce taux passe de 28 % à 23 % pour la même période.

FIGURE 39.
DÉCROCHAGE AU SECONDAIRE AU QUÉBEC DE 1999-2000 À 2008-2009



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 91).

Fait à noter, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James présentent des taux de décrochage scolaire quatre fois supérieurs à celui de l'ensemble du Québec.

LES MÉFAITS COMMIS PAR LES JEUNES

Les troubles de conduite font partie des problèmes de comportement extériorisés qui peuvent entraîner des conséquences importantes pour l'enfant, dont l'adoption de comportements délinquants. Ces troubles se manifestent par un comportement d'agressivité, de provocation et d'intimidation envers les autres ainsi que par des agissements menant à la destruction de biens matériels. Le défi des règles sociales, le refus de l'autorité et les manifestations fréquentes de colère et d'impulsivité constituent également des caractéristiques de ces troubles. La diminution de ceux-ci parmi les enfants et adolescents fait partie de l'un des objectifs du *Programme national de santé publique 2003-2012* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008b).

Les données sur la criminalité des jeunes permettent d'avoir une représentation de ces troubles. Pour l'année 2008, le nombre de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au code criminel et aux lois s'élève à 35 513. Entre 1997 et 2006, on observe une diminution du taux de jeunes contrevenants. Le taux d'infraction est 2 fois plus élevé chez les jeunes de 15 à 17 ans que chez ceux de 12 à 14 ans et est 4 fois plus élevé chez les garçons que chez les filles.

DES VIES SOUVENT BRISÉES PAR LA VIOLENCE CRIMINELLE

La violence criminelle recouvre plusieurs types de comportements violents à l'encontre d'une personne. Certains de ces comportements sont peu fréquents, comme les homicides et les tentatives de meurtre, alors que d'autres sont plus souvent rapportés, comme les voies de fait et les menaces. Lorsque ces types de crimes sont commis dans un contexte conjugal, ce sont des familles entières qui sont touchées, bien que ce soit principalement les femmes qui en sont les victimes.

LES CRIMES VIOLENTS : SURTOUT LE FAIT DES JEUNES

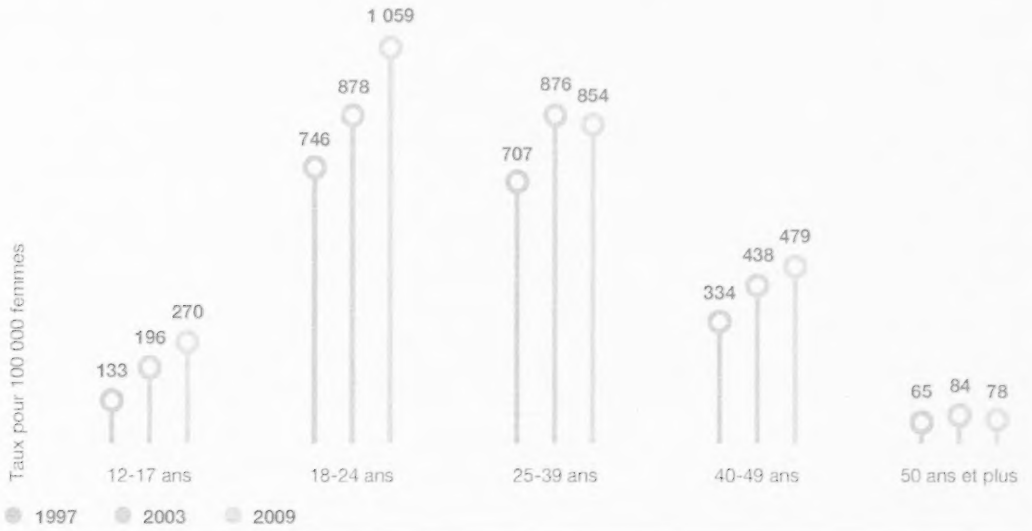
Les crimes violents correspondent à des infractions où il y a usage de la force à l'endroit d'une personne ou menace de le faire. C'est chez les jeunes de 12-17 ans et 18-24 ans que le taux de crime violent commis contre une personne est le plus élevé. De manière générale, ce taux est demeuré stable au cours des dernières années, et en 2009 on dénombrait 83 160 crimes violents. Les hommes sont cinq fois plus nombreux que les femmes à commettre de tels crimes. Les voies de fait sont les infractions les plus fréquemment déclarées avec un taux annuel moyen de 572 pour 100 000 pour 2005-2009, représentant plus de la moitié de l'ensemble des infractions. En 2008, l'Ontario est la seule province canadienne à afficher un taux de criminalité inférieur à celui du Québec (Wallace, 2009).

QUAND LA VIOLENCE S'IMMISCE DANS LE COUPLE

La violence faite envers les femmes dans un contexte conjugal est une préoccupation de première importance. Le *Programme national de santé publique 2003-2012* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008b) y fait écho, et le *Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009* (gouvernement du Québec, 2004) présente différentes activités et mesures afin d'endiguer ce phénomène. Notons que le portrait présenté ici traite seulement des situations ayant été déclarées à la police. L'enquête sociale générale de 2009 sur la victimisation criminelle au Canada révèle que seulement 22 % des personnes ayant déclaré avoir subi de la violence dans un contexte conjugal ont signalé l'incident à la police (Statistique Canada, 2011d). Les principaux types d'infractions déclarées dans un contexte de violence conjugale sont les voies de fait, les menaces et le harcèlement criminel.

Pour la période 2005-2009, le nombre annuel moyen d'agressions à l'endroit des femmes dans un contexte conjugal est de 14 637. Ce sont les femmes de 18 à 24 ans qui sont les plus touchées. On remarque par ailleurs un nombre de victimes non négligeable chez les adolescentes de 12 à 17 ans, le taux de victimisation chez celles-ci ayant doublé entre 1997 et 2009.

FIGURE 40.
CRIMES POUR VIOLENCE CONJUGALE AU QUÉBEC EN 1997, 2003 ET 2009



Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiche 93).

VIEILLIR DANS LA COMMUNAUTÉ : DES SOLIDARITÉS À RENFORCER

Les aînés peuvent s'engager socialement de bien des façons, mais ils peuvent également avoir à faire face à l'isolement social, à la solitude, à un accès limité à des services de santé et des services sociaux de même qu'à l'exclusion sociale. Ils peuvent alors devenir plus vulnérables et présenter une santé fragilisée.

En 2006, 83 % des personnes de 75 ans et plus continuent de vivre en ménage privé, ce qui représente une légère augmentation depuis 20 ans. Malgré cette tendance, il demeure que 2 personnes de 75 ans et plus sur 5 vivent seules. Cette proportion a augmenté depuis 1986. Les femmes âgées sont plus nombreuses que les hommes à vivre seules. Cela s'explique largement par le fait que l'espérance de vie des femmes est plus élevée que celle des hommes. La proportion de personnes de 75 ans et plus vivant seules varie de 43 % dans les régions de Montréal et de la Capitale-Nationale à 30 % dans celle de la Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine.

LES DEUX FACETTES DU SOUTIEN AUX AÎNÉS : PRENDRE SOIN ET DONNER DES SOINS

Le soutien social peut se définir comme la qualité et la diversité de l'aide disponible pour un individu. Il comporte des effets bénéfiques et protecteurs sur la santé. L'augmentation de la proportion de personnes de 75 ans et plus ayant un niveau élevé de soutien social est l'un des objectifs du *Programme national de santé publique 2003-2012* (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008b).

En 2007-2008, au Québec, la proportion de personnes de 65 ans et plus ayant un niveau faible ou modéré de soutien émotionnel ou informationnel est de 18 %. Dans le contexte où la majorité des personnes âgées vivent en ménage privé et que la plupart de celles-ci souhaitent demeurer à domicile le plus longtemps possible, les services et soins prodigués par des aidants représentent un aspect souvent essentiel pour le maintien de la qualité de vie.

LE PROCHE AIDANT : UN RÔLE RECONNU DEPUIS BIENTÔT DIX ANS

Depuis le dévoilement de la politique québécoise de soutien à domicile en 2003, le rôle des proches aidants est reconnu. Cette reconnaissance se traduit notamment par la mise en place graduelle d'une gamme de services visant à les soutenir. Ces services vont de l'information à la supervision lorsque cela est nécessaire. Selon la politique de soutien à domicile, le proche aidant est toute personne de l'entourage qui apporte un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel, à une personne ayant une incapacité (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2003).

Au Québec, en 2006, environ 19 % des personnes de 15 ans et plus affirment avoir prodigué des soins sans rémunération à des personnes âgées. Il s'agit d'une légère augmentation par rapport à 1996. Parmi ces aidants, environ un sur trois prodigue cinq heures ou plus de soins par semaine aux personnes âgées. Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à prodiguer des soins sans rémunération.

Parmi les provinces canadiennes, le Québec présente la plus faible proportion de personnes prodiguant bénévolement des soins aux personnes âgées durant cinq heures et plus par semaine.

FIGURE 41.
POPULATION PRODIGUANT SANS RÉMUNÉRATION CINQ HEURES OU PLUS PAR SEMAINE DES SOINS OU DE L'AIDE AUX PERSONNES ÂGÉES EN 2006, COMPARAISONS CANADIENNES

Source : Statistique Canada, 2011e.

Les services à domicile assurés en tout ou en partie par le système public visent à permettre à une personne de vivre le plus longtemps possible chez elle et de maintenir ainsi sa qualité de vie. Au Québec, en 2005, environ 1 personne sur 10 âgée de 65 ans et plus reçoit des services à domicile gouvernementaux. Cette proportion augmente avec l'âge alors que 15 % des personnes de 75 ans et plus reçoivent ce type de services par rapport à 5 % pour les 65-74 ans. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à en bénéficier.

LES SERVICES DE SOUTIEN À DOMICILE AUX PERSONNES ÂGÉES

Le nombre de personnes âgées recevant des services de soutien à domicile dans le cadre du programme-services Perte d'autonomie liée au vieillissement est passé de 155 000 en 2005-2006 à 176 000 en 2009-2010, soit une augmentation de 13 % (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011d).

LA VIE EN INSTITUTION DE SANTÉ... TOUJOURS UNE RÉALITÉ

Bien qu'on y entre plus tardivement qu'auparavant, la vie en institution de santé[5] est une autre réalité des personnes de 65 ans et plus. En 2006, environ 9 % d'entre elles y résident. Les femmes sont proportionnellement deux fois plus nombreuses que les hommes à y vivre. La proportion de personnes âgées vivant en institution augmente avec l'âge et atteint 34 % chez les 85 ans et plus comparativement à 2 % chez les 65-74 ans.

5. Les établissements de santé comprennent notamment l'ensemble des établissements hospitaliers de courte et de longue durée ainsi que les résidences privées pour personnes âgées.

FIGURE 42.
DES RÉGIONS QUI SE DÉMARQUENT

INDICATEURS	SITUATION MOINS FAVORABLE	SITUATION PLUS FAVORABLE
Criminalité juvénile (2008)	• Côte-Nord • Outaouais	• Chaudière-Appalaches • Montréal
Décrochage au secondaire (2008-2009)	• Terres-Cries-de-la-Baie-James • Nunavik • Outaouais	• Saguenay—Lac-Saint-Jean • Bas-Saint-Laurent • Chaudière-Appalaches
Crimes violents (2005-2009)	• Côte-Nord • Montréal • Outaouais	• Chaudière-Appalaches • Estrie
Violence conjugale (2005-2009)	• Côte-Nord • Montréal	• Chaudière-Appalaches • Estrie
Population de 75 ans et plus vivant seule (2006)	• Capitale-Nationale • Montréal	• Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine

Source : ministère de la Santé et des Services sociaux, Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec, 2011 (fiches 90, 91, 93 et 94).

EN PERSPECTIVE

Bien qu'une amélioration soit constatée pour plusieurs déterminants de la santé liés à l'environnement social, certaines caractéristiques du milieu social demeurent préoccupantes.

La persistance des difficultés vécues par un très grand nombre de jeunes témoigne de la nécessité de poursuivre les efforts pour les prévenir. Malgré une légère diminution du décrochage scolaire, cette réalité demeure préoccupante, particulièrement chez les garçons, ceux-ci étant plus nombreux à se trouver dans cette situation. De même, les régions nordiques du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James présentent des taux de décrochage scolaire beaucoup plus élevés que les régions du sud. Les mesures visant à réduire l'abandon scolaire doivent porter sur différents aspects de ce problème.

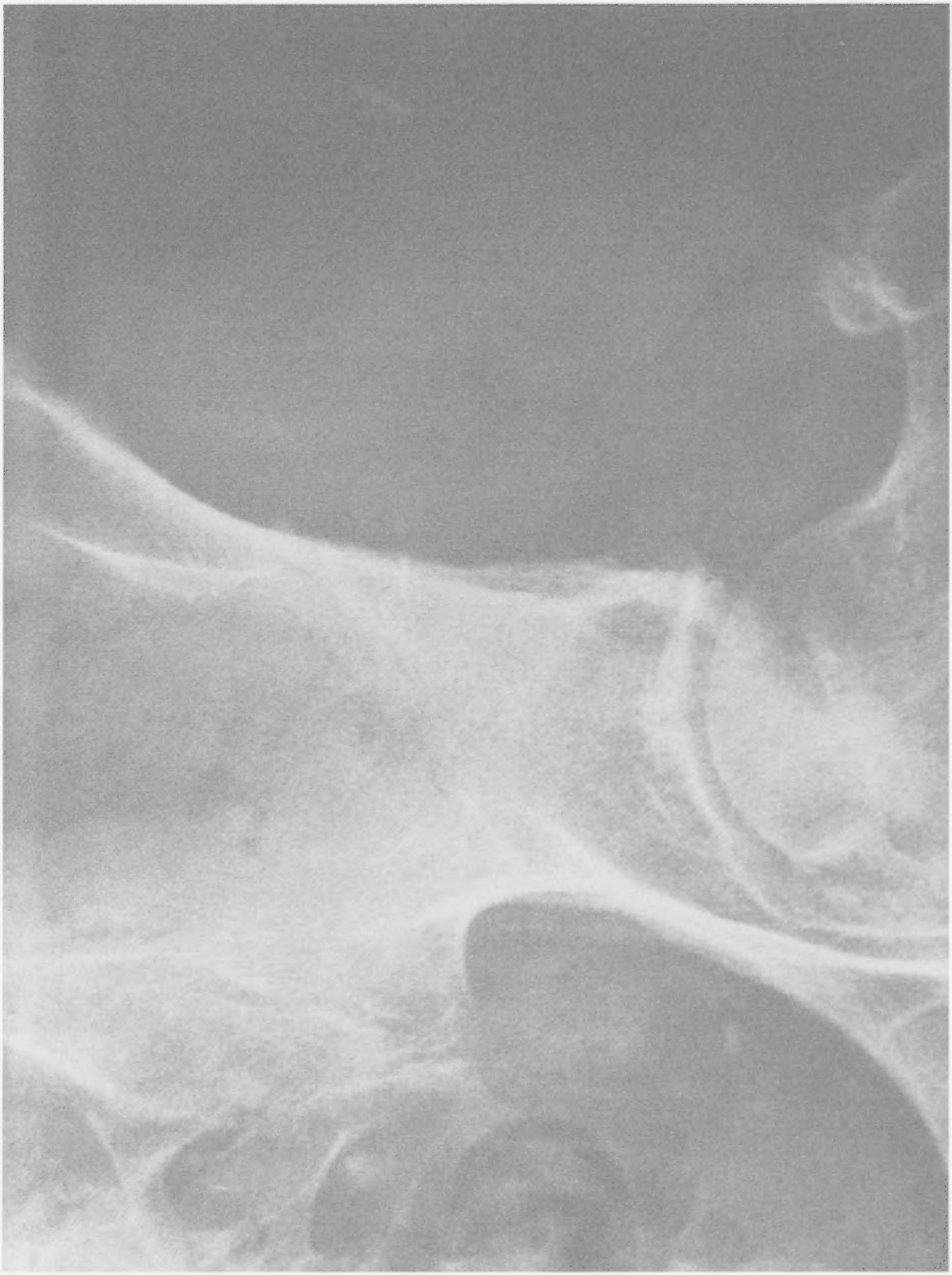
L'approche École en santé propose d'intervenir de façon globale et concertée sur les déterminants communs à la santé et à la réussite des jeunes. Elle repose sur un modèle de promotion de la santé qui implique la communauté éducative dans son ensemble et qui aborde la santé en considérant ses différentes facettes, de façon plus intégrée. Ainsi, le ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport identifient avec la collaboration de partenaires, les pratiques incontournables de promotion et de prévention de la santé à réaliser en contexte scolaire. Ces pratiques sont définies selon cinq thèmes : les habitudes de vie, la sexualité, la violence, les dépendances et la santé mentale.

Par ailleurs, la *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014* (gouvernement du Québec, 2009) présente différentes mesures pour combattre le décrochage scolaire, telles qu'enrichir la préparation à l'entrée à l'école des moins de cinq ans, accompagner les jeunes pour augmenter leurs facteurs de réussite et soutenir les régions.

Le nombre de prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse, dont la négligence est le motif de signalement le plus fréquent, n'a pas diminué depuis 15 ans. La *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014* comprend une mesure qui vise à améliorer la réponse aux besoins des familles négligentes ayant des enfants de 0 à 12 ans de même que la qualité de leur réseau de soutien. L'objectif visé est la mise en place d'un programme d'intervention en négligence sur tous les territoires des centres de santé et de services sociaux, en favorisant la collaboration et la concertation des ressources communautaires et du réseau institutionnel. Cette mesure concorde avec l'un des objectifs du *Programme national de santé publique 2003-2012*, qui est de diminuer la proportion d'enfants et d'adolescents âgés de 0 à 17 ans qui subissent des abus physiques et psychologiques, des agressions sexuelles et de la négligence (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2008b).

D'autre part, la violence conjugale est une réalité préoccupante qui nécessite des actions énergiques et continues. L'ampleur et l'évolution de ce problème justifient la poursuite des efforts pour tenter de le diminuer, voire le prévenir, d'autant plus que le phénomène chez les jeunes femmes semble en progression. Dans ce contexte, après avoir produit le *Bilan de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale* (gouvernement du Québec, 2011e), le gouvernement entame l'élaboration d'un troisième plan d'action pour contrer la violence conjugale, familiale et sexuelle.

Enfin, le portrait de l'environnement social des personnes âgées permet de déterminer des zones de vulnérabilité qui risquent de s'amplifier dans le contexte d'une société vieillissante. À cet égard, le soutien aux proches aidants ainsi que la création de formules diversifiées de logement en vue d'offrir le plus d'options possible aux aînés en perte d'autonomie sont des pistes d'action déjà entreprises (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005).



Conclu-
sion

L'objectif de ce document est de faire état des plus récentes données sur l'état de santé de la population québécoise pour ainsi faire ressortir les progrès réalisés et les aspects devant retenir l'attention dans les années à venir. Si la santé des Québécois s'est améliorée au cours des dernières décennies comme le montre l'évolution de notre espérance de vie, certaines tendances inquiétantes mettent en relief la nécessité de poursuivre et même d'intensifier les actions actuelles.

Le cas des maladies infectieuses illustre bien l'importance d'une vigilance continue, car les gains ne sont pas nécessairement irréversibles. Si l'ensemble de ces maladies ne constituent plus le fléau qu'elles représentaient, certaines sont toujours une menace. Ainsi, plusieurs infections transmissibles sexuellement et par le sang ont connu une recrudescence ces dernières années. Particulièrement dans le cas de ces maladies, le renouvellement générationnel implique la poursuite des activités de prévention et leur adaptation à des contextes qui évoluent.

La lutte contre les maladies chroniques, cette « épidémie » du 21e siècle, constitue un défi majeur au moment où s'accélère le vieillissement de la population québécoise. Le recul de la mortalité par maladies cardiovasculaires est sans doute le progrès le plus important réalisé depuis une trentaine d'années. Toutefois, de plus en plus de Québécois doivent composer avec une ou plusieurs maladies chroniques qui affecteront leur qualité de vie pendant de nombreuses années. Le diabète, l'hypertension et l'obésité sont en hausse au Québec et ceux-ci peuvent contribuer au développement d'autres problèmes de santé chroniques, notamment les maladies cardiovasculaires. Dans le cas du cancer, première cause de mortalité depuis une dizaine d'années, les gains réalisés sont modestes, et la progression du cancer du poumon chez les femmes inquiète.

Comme les maladies chroniques sont souvent étroitement associées aux habitudes de vie que l'on adopte, l'augmentation anticipée de leur prévalence peut être contenue, et ce, même dans le contexte d'une société vieillissante. Les efforts visant à faire reculer le tabagisme ont déjà donné des résultats, et les indicateurs disponibles en matière d'alimentation et d'activité physique montrent une certaine tendance positive. Si ces trois habitudes de vie continuent d'évoluer dans le même sens, la hausse de la prévalence des maladies chroniques attribuable au vieillissement de la population pourra être atténuée.

Le vieillissement de la population est aussi porteur d'autres défis relatifs aux personnes âgées. Le soutien social nécessaire au maintien de leur santé et de leur bien-être constituera un enjeu grandissant dans les années à venir, surtout quand on considère qu'actuellement, 2 personnes âgées de 75 ans et plus sur 5 vivent seules. De plus, les chutes représentent une cause importante de perte d'autonomie et même de mortalité chez les personnes âgées. Les conséquences graves qu'elles entraînent et leur caractère évitable en font une cible d'intervention privilégiée pour que la qualité de vie des aînés se prolonge.

Bien que ce soit généralement avec l'avancée en âge que la santé se fragilise, les jeunes aussi vivent des problèmes particuliers. Si le bilan routier s'améliore, il reste que les jeunes sont surreprésentés parmi les victimes de la route, tout comme dans le cas des blessures sportives. Par ailleurs, beaucoup de jeunes vivent des situations difficiles, la détresse psychologique étant davantage présente avant 25 ans. Les jeunes sont encore beaucoup trop nombreux à ne pas persévérer à l'école, puisque le décrochage au secondaire touche encore près d'un jeune sur cinq. À l'image du décrochage scolaire, la négligence envers les enfants, principal motif de prise en charge par les directions de la protection de la jeunesse,

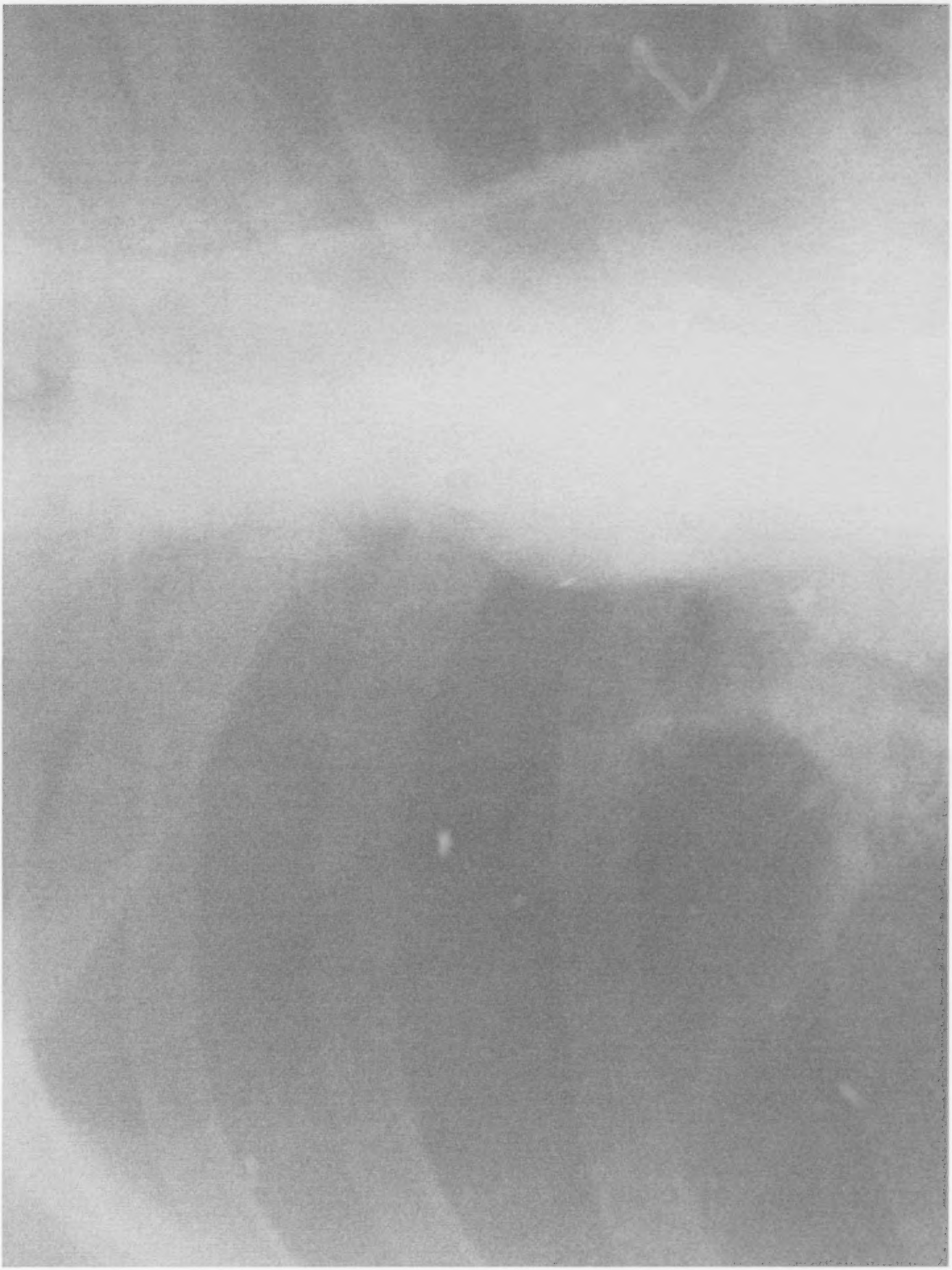
peut aussi constituer un obstacle important au développement des jeunes et à leur intégration sociale. Même si les jeunes sont en meilleure santé que les plus âgés, ils font l'objet d'une attention particulière, car plusieurs d'entre eux pourraient avoir à porter pendant de nombreuses années les conséquences des problèmes qu'ils vivent aujourd'hui.

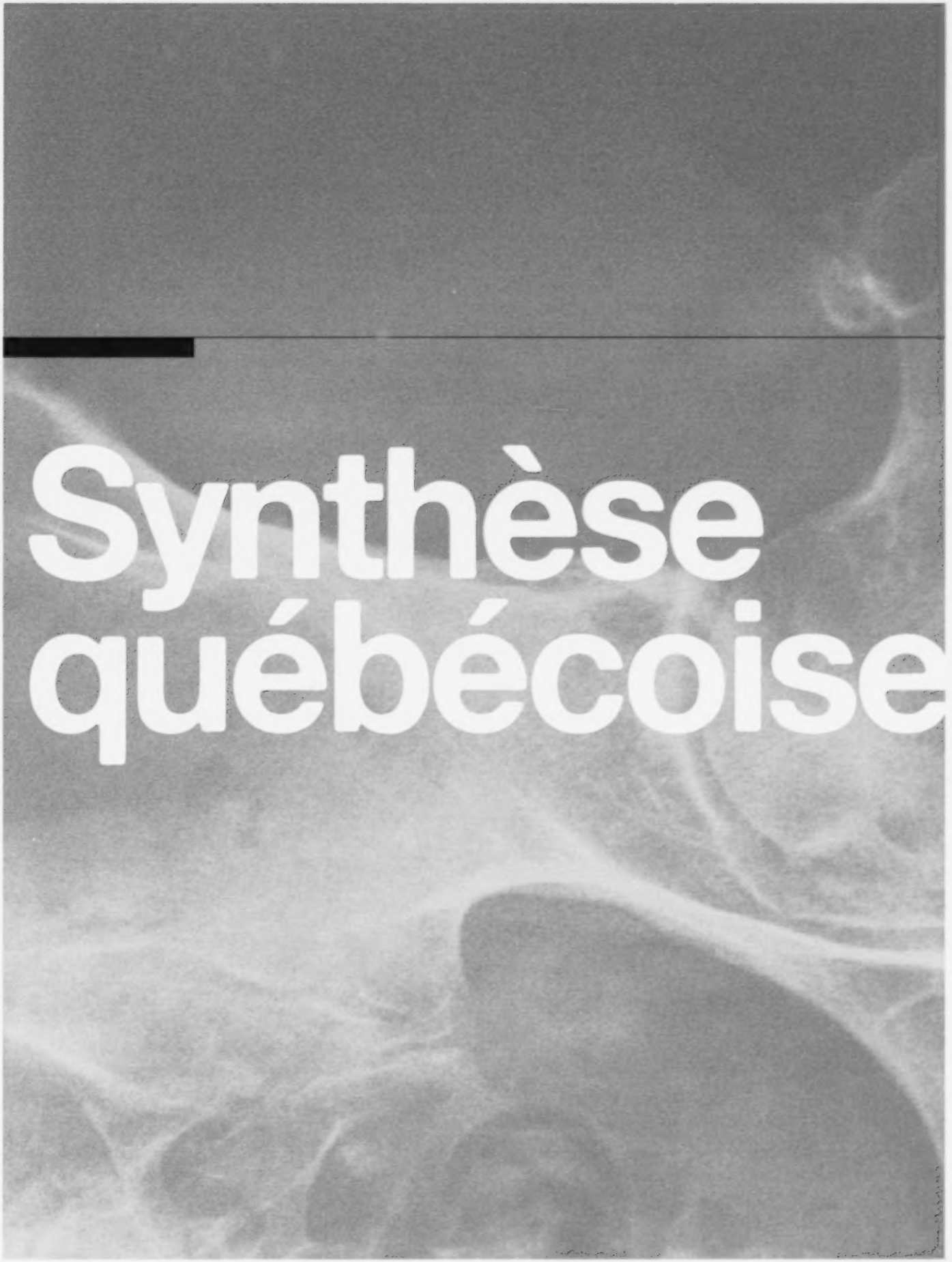
Si les problèmes de santé mentale ne touchent qu'une minorité de Québécois, les répercussions qu'ils ont sur les personnes atteintes et leur entourage sont importantes. Environ 5 % des Québécois ont reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, notamment la dépression et le trouble bipolaire. Si le taux de suicide est en baisse au cours de la décennie 2000 au Québec, il demeure beaucoup trop élevé. Cette cause de mortalité qui affecte surtout les hommes demeure un problème plus aigu au Québec qu'ailleurs au Canada.

Notre environnement physique et nos milieux de travail sont en constante évolution, et leur influence sur la santé est reconnue. Pour que continue de s'améliorer la santé de la population, les impacts sur la santé doivent faire partie des balises orientant l'évolution de nos milieux de vie. On pense ici à la qualité de l'eau potable et de l'air, mais aussi aux conditions de vie au travail, qui peuvent constituer des situations à risque pour la santé tant physique que mentale des travailleurs.

La qualité de nos milieux de vie renvoie également aux conditions socioéconomiques. Bien qu'on ne puisse les estimer pour chaque aspect abordé dans ce portrait, les inégalités sociales de santé sont toujours bien présentes au Québec, malgré une situation économique plus enviable. Les problèmes de santé et les habitudes de vie néfastes pour la santé sont systématiquement plus répandus chez les groupes les moins favorisés sur le plan socioéconomique. La réduction de ces inégalités permettrait d'améliorer le bilan de santé des Québécois, car c'est chez ces groupes que les gains à réaliser apparaissent les plus importants.

Le Cinquième rapport national sur l'état de santé de la population québécoise montre que les défis sont nombreux. Cependant, ceux-ci ne doivent pas occulter les progrès réalisés, dont la baisse de la mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires et aux accidents de la route ainsi que le recul du tabagisme. Ces progrès démontrent qu'il est possible par des actions soutenues et concertées de modifier positivement certaines tendances. Ainsi, une société vieillissante ne deviendrait pas nécessairement une société en moins bonne santé!




Synthèse
québécoise

Population en 2011 : **7 946 832 personnes**
Espérance de vie des hommes
à la naissance en 2005-2008 : **78,3 ans**
Espérance de vie des femmes
à la naissance en 2005-2008 : **83,1 ans**

RÉGIONS SOCIOSANITAIRES

01 Bas-Saint-Laurent
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean
03 Capitale-Nationale
04 Mauricie et Centre-du-Québec
05 Estrie
06 Montréal
07 Outaouais
08 Abitibi-Témiscamingue
09 Côte-Nord
10 Nord-du-Québec
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine
12 Chaudière-Appalaches
13 Laval
14 Lanaudière
15 Laurentides
16 Montérégie
17 Nunavik
18 Terres-Cries-de-la-Baie-James

Source des données géographiques : ministère de la Santé et des Services sociaux, 2011.

Depuis une vingtaine d'années, la population du Québec a continuellement augmenté pour atteindre près de huit millions de personnes en 2011. La part des personnes de 65 ans et plus poursuit également sa croissance. La fécondité s'est accrue, tout comme l'apport de l'immigration. Par ailleurs, un plus grand nombre de Québécois vivent en union libre, et plus de familles sont monoparentales. Sur le plan socioéconomique, la situation du Québec s'est

améliorée sous plusieurs aspects : la population est de plus en plus scolarisée, le taux d'emploi s'est relevé et le taux de chômage a reculé. On note également que le revenu personnel par habitant est plus élevé et que la proportion de la population vivant sous le seuil de faible revenu a diminué. Enfin, le pourcentage de prestataires d'assistance sociale et celui de personnes de 65 ans et plus recevant le supplément de revenu garanti ont également régressé.

L'état de santé des Québécois est enviable. Au cours des dernières décennies, l'espérance de vie a progressé, et l'écart entre les hommes et les femmes s'est rétréci. De plus, la mortalité et les hospitalisations ont diminué pour la plupart des causes. En 2008, les causes qui entraînent le plus de décès chez les Québécois sont les tumeurs malignes, les maladies du cœur, les maladies des voies respiratoires inférieures, les maladies vasculaires cérébrales et la maladie d'Alzheimer. Les limitations d'activités représentent pour leur part une réalité qui affecte un grand nombre de Québécois : en 2007-2008, c'est le cas de près d'une personne sur quatre.

Des progrès notables ont été accomplis au Québec en matière de santé des mères et des tout-petits. Les taux de mortalité infantile et d'hospitalisation chez les bébés de moins d'un an ont régressé, tout comme la prévalence de plusieurs anomalies congénitales. De plus, les naissances de faible poids ou présentant une hypotrophie néonatale ont également diminué au cours des dernières années. Certains comportements préventifs adoptés par les mères québécoises pendant leur grossesse sont encourageants. À titre d'exemple, les mères de plus de huit poupons sur dix nés en 2005 ont consommé de l'acide folique pendant les trois premiers mois de la grossesse. En revanche, 18 % des mères de cette cohorte de nouveau-nés ont fumé la cigarette pendant la grossesse, et 34 % ont consommé de l'alcool. Sur le plan de la vulnérabilité des mères, notons que le taux de grossesse chez les jeunes a diminué, ainsi que la proportion des naissances de mères faiblement scolarisées.

De façon générale, les habitudes de vie des Québécois se sont améliorées. Ainsi, la proportion de fumeurs suit une tendance à la baisse, tout comme le pourcentage de la population consommant moins de cinq fois par jour des fruits et légumes. L'activité physique durant les loisirs est plus fréquente qu'auparavant, et ce, tant chez les jeunes que chez les adultes. Cependant, on observe une tendance à la hausse quant à la consommation élevée d'alcool.

Les principaux problèmes de santé chronique déclarés par les Québécois en 2007-2008 sont les maux de dos, l'hypertension, l'arthrite, les migraines et l'asthme. L'excès de poids est aussi un problème de santé qui affecte une part importante de la population : 15 % des adultes souffrent d'obésité. La prévalence du diabète a légèrement augmenté au cours des dernières années, alors que la mortalité associée à cette maladie a diminué. D'autre part, depuis le début des années 2000, la mortalité par maladies de l'appareil circulatoire a connu un recul, alors que celle par tumeurs malignes et celle par maladies de l'appareil respiratoire ont peu changé. L'incidence du cancer est quant à elle restée relativement stable depuis le début des années 1990.

Sur le plan de la santé buccodentaire, une faible proportion de Québécois la perçoit comme n'étant pas bonne. Notons que près de huit personnes sur dix se brossent les dents au moins deux fois par jour et qu'une personne sur trois utilise la soie dentaire au moins une fois par jour. En ce qui a trait aux services dentaires, même si le nombre de dentistes par 100 000 habitants a peu varié au cours des dernières années, 60 % des Québécois de 12 ans et plus ont consulté un spécialiste des soins dentaires en 2007-2008. Cependant, chez les enfants de 0 à 9 ans, le taux de participation au programme de services dentaires a légèrement diminué.

Relativement aux maladies infectieuses, même si elles semblent sous contrôle au Québec, certaines d'entre elles représentent encore une menace pour la santé. En 2005-2009, la campylobactériose est de loin la maladie entérique dont l'incidence est la plus élevée. Les infections invasives à pneumocoque, l'hépatite B et la coqueluche sont les maladies évitables par la vaccination les plus souvent déclarées. La principale infection transmissible sexuellement et par le sang est l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*. Les maladies dues au VIH, l'hépatite C et l'hépatite B sont, quant à elles, les maladies infectieuses à déclaration obligatoire qui entraînent le plus de décès. Pour ce qui est de l'immunisation, 76 % des filles en 4e année du primaire et autant de filles en 3e secondaire ont reçu un vaccin contre les virus du papillome humain en 2009-2010. Pour la même année, ce sont 85 % des élèves en 4e année du primaire qui ont reçu le vaccin contre le virus de l'hépatite B. Chez les Québécois plus âgés, 58 % des 60 ans et plus ont été vaccinés contre l'influenza saisonnière, alors que 48 % des 65 ans et plus ont reçu le vaccin contre le pneumocoque.

La qualité de l'environnement joue un rôle important dans la santé de la population. Sur le plan de la qualité de l'eau, le nombre d'avis d'ébullition est stable depuis quelques années. Toutefois, le nombre de plans d'eau touchés par les algues bleu-vert a augmenté. Le renforcement de la Loi sur le tabac en 2006 a eu un impact positif sur la qualité de l'air intérieur car la proportion de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics a diminué. On observe parallèlement une forte hausse du pourcentage de personnes vivant dans un domicile où il est interdit de fumer. Néanmoins, plus d'un non-fumeur sur dix est encore exposé à la fumée secondaire à la maison.

Les conditions de travail présentent des risques variés à la santé physique et mentale. Les situations à risque les plus souvent mentionnées par les travailleurs québécois sont les gestes répétitifs des mains et des bras de même que les efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement. Dans les demandes de retrait préventif des travailleuses enceintes, les facteurs de risque les plus importants à éliminer sont de nature ergonomique. Par ailleurs, au cours des dernières années, le taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail a diminué, alors que la durée moyenne d'indemnisation a augmenté.

Le bilan concernant les traumatismes non intentionnels est encourageant malgré le fait que la mortalité est demeurée plutôt stable. Parmi les points positifs, notons la baisse du taux d'hospitalisation ainsi que de celui des condamnations liées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies. Pour sa part, l'usage d'équipements de sécurité, tels que le casque chez les cyclistes et la ceinture à bord d'un véhicule routier la nuit, est à la hausse.

Une très faible proportion de la population ne se perçoit pas en bonne santé mentale ou présente une insatisfaction à l'égard de la vie. La proportion de la population ayant consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale est de 8 %, et 5 % des Québécois déclarent avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur. En revanche, plus du quart des Québécois éprouvent un stress quotidien élevé. La mortalité par suicide a par ailleurs diminué et se situe au niveau le plus faible enregistré depuis 20 ans.

En ce qui concerne l'environnement social, on constate une amélioration chez les jeunes. En effet, le taux de décrochage au secondaire a connu une baisse au cours des dernières années, de même que la proportion des 15-24 ans ne fréquentant pas l'école. Le taux des jeunes de 12-17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois a lui aussi diminué. D'autre part, dans un contexte où de plus en plus d'aînés vivent seuls, on observe que la part des Québécois prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées est en hausse.

Enfin, sur le plan du dépistage de certains cancers, on remarque que la proportion de femmes de 50 à 69 ans qui ont passé une mammographie est en hausse, tandis que le pourcentage de femmes de 20 à 69 ans ayant passé un test de Pap est resté stable. De plus, en 2008, 1 personne sur 10 de 50 à 74 ans a subi un test de dépistage du cancer colorectal.

		DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
CONDITIONS DÉMOGRAPHIQUES ET SOCIOÉCONOMIQUES			
1.	**Population**	(1991)	(2011)
	Total N	7 064 586	7 946 832
	0-17 ans %	23,8	19,1
	18-64 ans %	65,2	65,1
	65 ans et plus %	11,1	15,8
	Âge médian ans	33,6	41,5
	Accroissement annuel moyen p. 1 000	(1991-1996)	(2006-2011)
		5,1	8,1
2.	**Indice synthétique de fécondité**	(1984-1988)	(2004-2008)
	enfants par femme	1,40	1,62
	Âge moyen à la maternité ans	27,5	29,5
3.	**État matrimonial de fait (18 ans et plus)** %	(1996)	(2006)
	Célibataires	24,5	25,2
	Légalement mariés	46,1	39,4
	Partenaires en union libre	14,6	20,4
	Séparés	2,2	1,8
	Divorcés	6,1	6,9
	Veufs	6,5	6,3
	Familles avec enfants de moins de 18 ans %		
	Couples actuellement mariés	58,9	44,5
	Couples vivant en union libre	20,6	31,8
	Familles monoparentales	20,5	23,7
	Enfants de moins de 18 ans vivant avec un seul parent %	17,6	20,8
4.	**Immigrants** %	9,4	11,5
	Population selon la langue parlée le plus souvent à la maison %		
	Français	83,7	82,7
	Anglais	10,3	10,2
	Autres langues	6,0	7,1
5.	**Population de 25-64 ans selon le plus haut niveau de scolarité** %	(1996)	(2009)
	Sans diplôme d'études secondaires	30,4	16,6
	Diplôme d'études secondaires	22,7	20,9
	Certificat ou diplôme d'études postsecondaires	31,0	39,6
	Grade universitaire	16,0	22,9
6.	**Taux d'emploi** %	(1996)	(2009)
		54,6	59,7
	Taux de chômage %	11,9	8,5
7.	**Population vivant sous le seuil de faible revenu (MFR)** %	(1997)	(2007)
	Après impôt	13,7	12,7
	Population vivant sous le seuil de faible revenu (SFR) %		(2005)
	Après impôt	ND	12,5
	Revenu personnel par habitant $	(1997)	(2009)
		22 188	33 623
	Revenu personnel disponible par habitant $	(1997)	(2009)
		16 769	26 031
8.	**Prestataires d'assistance sociale** %	(2000)	(2010)
		9,8	7,6
	Personnes de 65 ans et plus bénéficiant du Supplément de revenu garanti %	49,3	45,9
9.	**Population dont le ménage a connu une insécurité alimentaire** %	(2005)	(2007-2008)
	Total (12 ans et plus)	5,9	6,0
	Hommes (12 ans et plus)	5,2	5,6
	Femmes (12 ans et plus)	6,5	6,4
ÉTAT DE SANTÉ GLOBALE			
10.	**Population ne se percevant pas en bonne santé** %	(2000-2001)	(2007-2008)
	Total (12 ans et plus)	11,1	9,8
	Hommes (12 ans et plus)	9,6	9,7
	Femmes (12 ans et plus)	12,5	10,0
11.	**Espérance de vie à la naissance** ans	(1985-1989)	(2005-2008)
	Total	76,1	80,8
	Hommes	72,4	78,3
	Femmes	79,9	83,1
12.	**Espérance de vie en bonne santé** ans	(2001)	(2006)
	Total	67,1	67,4
	Hommes	65,9	66,5
	Femmes	68,2	68,3
	Espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé ans	(2003)	(2007-2008)
	Total	71,1	72,8
	Hommes	69,2	71,2
	Femmes	72,8	74,4
13.	**Population limitée dans sa participation à des activités** %		
	Total (12 ans et plus)	28,4	23,5
	Hommes (12 ans et plus)	26,2	22,2
	Femmes (12 ans et plus)	30,7	24,8
	Population ayant une incapacité %	(2001)	(2006)
	Total	11,1	12,6
	Hommes	10,3	11,9
	Femmes	11,8	13,3
	Population de 65 ans et plus ayant besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne %	(2003)	(2007-2008)
	Total	20,8	19,3
	Hommes	13,8	13,4
	Femmes	26,0	23,9
	Population ayant des problèmes de santé fonctionnelle %	(2000-2001)	(2007-2008)
	Total (12 ans et plus)	14,6	13,5
	Hommes (12 ans et plus)	13,0	12,8
	Femmes (12 ans et plus)	16,2	14,3

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
14. Taux d'enfants handicapés p. 1 000	(2001)	(2009)
Total (0-17 ans)	16,9	23,3
Garçons (0-17 ans)	—	30,2
Filles (0-17 ans)	—	16,1
15. Principales causes de mortalité %	(2000)	(2008)
Tumeurs malignes	31,3	33,3
Maladies du cœur	23,5	19,5
Voies respiratoires inférieures	4,9	4,7
Maladies vasculaires cérébrales	5,7	4,7
Maladie d'Alzheimer	2,7	3,6
16. Taux ajusté de mortalité selon la cause[1] p. 100 000	(2000-2004)	(2005-2008)
Ensemble des causes	795	724
Tumeurs malignes	250	238
Appareil circulatoire	237	192
Appareil respiratoire	66	64
Système nerveux	44	44
Maladies endocriniennes	34	30
17. Taux ajusté d'années potentielles de vie perdues selon la cause[1] p. 100 000		
Ensemble des causes	5 529	5 018
Tumeurs malignes	1 958	1 773
Appareil circulatoire	932	766
Appareil respiratoire	183	174
Traumatismes non intentionnels	561	564
Suicide	575	483
18. Taux d'hospitalisation chez les 1-19 ans selon le diagnostic[2] p. 10 000	(1998-2002)	(2006-2009)
Ensemble des diagnostics	334	281
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	22	21
Appareil respiratoire	78	71
Appareil digestif	48	41
Lésions traumatiques et empoisonnements	47	39
Taux de mortalité chez les 1-19 ans selon la cause p. 100 000	(2000-2004)	(2005-2008)
Ensemble des causes	24	21
Tumeurs malignes	3	3
Système nerveux	1	1
Appareil circulatoire	1	1
Traumatismes non intentionnels	9	9
Suicide	5	3
19. Taux d'hospitalisation chez les 20-64 ans selon le diagnostic[2] p. 10 000	(1998-2002)	(2006-2009)
Ensemble des diagnostics	663	582
Tumeurs malignes	46	44
Appareil circulatoire	88	69
Appareil respiratoire	34	28
Appareil digestif	84	68
Système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	29	26
Appareil génito-urinaire	51	35
Lésions traumatiques et empoisonnements	53	46

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
Taux de mortalité chez les 20-64 ans selon la cause p. 100 000	(2000-2004)	(2005-2008)
Ensemble des causes	256	248
Tumeurs malignes	110	109
Appareil circulatoire	50	45
Traumatismes non intentionnels	18	19
Suicide	23	21
20. Taux d'hospitalisation chez les 65 ans et plus selon le diagnostic[2] p. 10 000	(1998-2002)	(2006-2009)
Ensemble des diagnostics	2 379	2 045
Tumeurs malignes	267	231
Appareil circulatoire	736	544
Appareil respiratoire	331	267
Appareil digestif	258	212
Lésions traumatiques et empoisonnements	180	175
Taux de mortalité chez les 65 ans et plus selon la cause p. 100 000	(2000-2004)	(2005-2008)
Ensemble des causes	4 289	3 998
Tumeurs malignes	1 237	1 208
Appareil circulatoire	1 412	1 171
Appareil respiratoire	413	417

SANTÉ DES MÈRES ET DES TOUT-PETITS

21. Grossesse chez les jeunes selon l'âge p. 1 000 jeunes	(1995-1998)	(2003-2007)
14-17 ans	19,4	14,2
18-19 ans	68,6	57,5
22. Enfants dont la mère a fumé la cigarette pendant la grossesse %		(2005-2006)
	ND	17,7
Enfants dont la mère a consommé de l'alcool pendant la grossesse %	ND	34,1
23. Enfants dont la mère a pris de l'acide folique %		
3 mois avant le début de la grossesse	ND	48,1
3 premiers mois de la grossesse	ND	84,1
Taux d'allaitement total %		
Hôpital ou maison de naissance	ND	85,1
2e mois	ND	66,7
4e mois	ND	56,1
6e mois	ND	46,7
24. Naissances dont la mère a moins de 11 années de scolarité %		(2006-2008)
	ND	7,3
25. Taux de césarienne p. 100 accouchements	(1991-1996)	(2006-2009)
	16,9	23,1
Taux d'épisiotomie p. 100 accouchements par voie vaginale	48,1	21,2
Taux de déchirure du périnée du troisième ou du quatrième degré p. 100 accouchements par voie vaginale	7,7	6,6

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
26. Naissances de faible poids %	(1984-1988)	(2004-2008)
moins de 1 500 grammes	0,8	1,0
moins de 2 500 grammes	6,2	5,7
Naissances prématurées %	6,2	7,6
Naissances présentant une hypotrophie néonatale %	14,1	8,1
27. Prévalence de certaines anomalies congénitales p. 10 000 naissances totales	(1991-1996)	(2003-2008)
Anomalies du tube neural	6,7	2,8
Cardiopathies congénitales	111,2	128,6
Fente palatine	6,8	6,7
Fente labiale associée ou non à une fente palatine	8,2	6,7
Anomalies réductionnelles des membres	4,9	4,3
Syndrome de Down	12,5	10,0
28. Taux d'hospitalisation chez les moins d'un an selon le diagnostic[2] p. 10 000	(1998-2002)	(2006-2009)
Ensemble des diagnostics	8 081	7 826
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	163	180
Appareil respiratoire	857	682
Appareil digestif	259	193
Appareil génito-urinaire	185	144
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	5 223	5 342
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	625	715
29. Taux de mortalité fœtale p. 1 000 naissances totales	(1997-1999)	(2005-2008)
	4,2	4,2
Taux de mortalité infantile p. 1 000 naissances vivantes	4,4	3,3

HABITUDES DE VIE

30. Population consommant des fruits et des légumes moins de 5 fois par jour %	(2000-2001)	(2007-2008)
Total (12 ans et plus)	57,7	47,4
Hommes (12 ans et plus)	63,9	55,3
Femmes (12 ans et plus)	51,8	39,9
31. Population de 12-17 ans peu ou pas active durant les loisirs (définition de l'INSPQ) %		
Total	36,4	33,6
Garçons	26,8	25,0
Filles	46,2	42,5
Population de 18 ans et plus sédentaire durant les loisirs (définition de l'INSPQ) %		
Total	32,5	25,8
Hommes	–	26,4
Femmes	–	25,3

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
Population inactive physiquement durant les loisirs (définition de Statistique Canada) %	(2000-2001)	(2007-2008)
Total (12 ans et plus)	58,6	52,9
Hommes (12 ans et plus)	53,6	47,9
Femmes (12 ans et plus)	63,1	57,7
Population inactive physiquement durant le transport et les loisirs %		
Total (12 ans et plus)	ND	49,7
Hommes (12 ans et plus)	ND	45,1
Femmes (12 ans et plus)	ND	54,1
32. Fumeurs %		
Total (12 ans et plus)	29,5	24,2
Hommes (12 ans et plus)	31,1	26,5
Femmes (12 ans et plus)	27,9	22,0
Population fumant 11 cigarettes ou plus par jour %		
Total (12 ans et plus)	18,1	12,4
Hommes (12 ans et plus)	20,7	14,9
Femmes (12 ans et plus)	15,6	9,9
33. Femmes de 15 à 49 ans fumant la cigarette et utilisant une contraception hormonale combinée %		(2008)
	ND	23,5
34. Population ayant pris 14 consommations d'alcool ou plus au cours d'une semaine %	(2000-2001)	(2005)
Total (12 ans et plus)	5,9	7,1
Hommes (12 ans et plus)	9,9	11,5
Femmes (12 ans et plus)	2,0	3,0
Population présentant une consommation abusive d'alcool %	(2000-2001)	(2007-2008)
Total (12 ans et plus)	14,8	17,3
Hommes (12 ans et plus)	22,1	25,3
Femmes (12 ans et plus)	7,7	9,6
35. Population ayant consommé de la drogue %		(2008)
Total (15 ans et plus)	ND	13,1
Hommes (15 ans et plus)	ND	17,2
Femmes (15 ans et plus)	ND	9,0

MALADIES CHRONIQUES

36. Prévalence des principaux problèmes de santé chronique (12 ans et plus) %	(2000-2001)	(2007-2008)
Maux de dos, autres que la fibromyalgie et l'arthrite	13,4	17,6
Hypertension	12,6	16,1
Arthrite, sauf la fibromyalgie	ND	11,2
Migraines	7,3	9,3
Asthme	8,7	8,5
Diabète	4,1	5,9
Maladie cardiaque	5,2	5,5
Trouble d'anxiété	ND	5,2
Trouble de l'humeur	ND	4,8
Troubles intestinaux	ND	3,2

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
37. Taux ajusté de prévalence du diabète[1] p. 100	(2000-2001)	(2006-2007)
Total (1 an et plus)	4,5	6,0
Hommes (1 an et plus)	–	6,8
Femmes (1 an et plus)	–	5,3
Taux ajusté de mortalité par diabète[1] p. 100 000	(2000-2004)	(2005-2008)
Total	25,0	19,8
Hommes	29,1	23,6
Femmes	21,6	16,7
38. Population ayant fait prendre sa tension artérielle %		(2008)
Total (18 ans et plus)	ND	83,3
Hommes (18 ans et plus)	ND	81,8
Femmes (18 ans et plus)	ND	84,6
Population ayant un problème d'hypertension %	(2000-2001)	(2007-2008)
Total (18 ans et plus)	13,8	17,6
Hommes (18 ans et plus)	11,5	16,5
Femmes (18 ans et plus)	16,0	18,6
39. Population présentant un surplus de poids %		
Total (18 ans et plus)	44,3	48,2
Hommes (18 ans et plus)	50,9	55,8
Femmes (18 ans et plus)	37,6	40,8
Population souffrant d'obésité %		
Total (18 ans et plus)	12,6	15,5
Hommes (18 ans et plus)	13,0	16,5
Femmes (18 ans et plus)	12,2	14,6
Population de 18 ans et plus présentant une insuffisance de poids %	3,4	2,8
40. Taux ajusté d'hospitalisation selon le diagnostic[1,2] p. 10 000	(1998-2002)	(2006-2009)
Ensemble des diagnostics	928	792
Tumeurs malignes	72	61
Appareil circulatoire	170	120
Appareil respiratoire	96	77
Appareil digestif	105	83
Système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	37	37
Appareil génito-urinaire	56	42
Lésions traumatiques et empoisonnements	72	63
41. Taux ajusté d'incidence du cancer selon le siège[1] p. 100 000	(1988-1992)	(2003-2006)
Ensemble des sièges	516	511
Estomac	16	11
Côlon, rectum et anus	72	69
Pancréas	14	14
Poumon, trachée et bronches	94	90
Sein chez la femme	121	133
Prostate	118	125
Vessie	27	27
Rein	14	16
Lymphome non hodgkinien	19	21
Leucémie	15	14

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
42. Taux ajusté de mortalité par tumeurs malignes selon la cause[1] p. 100 000	(2000-2004)	(2005-2008)
Ensemble des tumeurs malignes	250	238
Estomac	8	7
Côlon, rectum et anus	30	29
Pancréas	13	13
Poumon, trachée et bronches	74	73
Sein chez la femme	33	31
Prostate	29	23
Vessie	6	6
Cerveau, méninges et autres parties du système nerveux central	6	6
Lymphome non hodgkinien	9	8
Leucémie	7	7
43. Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire selon la cause[1] p. 100 000	(2000-2004)	(2005-2008)
Ensemble des maladies de l'appareil circulatoire	237	192
Cardiopathies ischémiques	133	104
Maladies vasculaires cérébrales	43	35
Maladies des artères, artérioles et capillaires	12	10
44. Taux ajusté de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire selon la cause[1] p. 100 000		
Ensemble des maladies de l'appareil respiratoire	66	64
Grippe et pneumopathie	13	14
Maladies chroniques des voies respiratoires inférieures	40	35

SANTÉ BUCCODENTAIRE

45. Population ne se percevant pas en bonne santé buccodentaire %	(2003)	(2007-2008)
Total (12 ans et plus)	13,8	12,0
Hommes (12 ans et plus)	15,3	14,7
Femmes (12 ans et plus)	12,4	9,5
Population n'ayant plus de dents naturelles %		(2008)
Total (15 ans et plus)	ND	11,0
Hommes (15 ans et plus)	ND	8,6
Femmes (15 ans et plus)	ND	13,3
46. Population consommant de l'eau fluorée artificiellement %	(2003)	(2008)
	7,5	3,4
Population se brossant les dents au moins deux fois par jour %		(2008)
Total (15 ans et plus)	ND	78,8
Hommes (15 ans et plus)	ND	69,3
Femmes (15 ans et plus)	ND	87,9
Population utilisant la soie dentaire au moins une fois par jour %		
Total (15 ans et plus)	ND	33,1
Hommes (15 ans et plus)	ND	24,6
Femmes (15 ans et plus)	ND	41,7

		DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
47.	**Nombre de dentistes** p. 100 000	(1998)	(2008)
		44	45
	Population ayant consulté un spécialiste des soins dentaires %	(2000-2001)	(2007-2008)
	Total (12 ans et plus)	52,6	60,1
	Hommes (12 ans et plus)	49,8	56,6
	Femmes (12 ans et plus)	55,4	63,5
	Taux de participation au programme de services dentaires pour les enfants de 0 à 9 ans %	(1998)	(2008)
		49,4	45,7

MALADIES INFECTIEUSES

48.	**Taux d'incidence de certaines maladies entériques à déclaration obligatoire** p. 100 000	(1990-1994)	(2005-2009)
	Campylobactériose	32,2	30,0
	Salmonellose	20,9	14,5
	Giardiase	10,1	12,2
	Amibiase	2,6	3,1
	Shigellose	4,7	2,4
	Yersiniose	6,2	1,6
	Infection à *Escherichia coli* entéro-hémorragique	5,6	1,9
	Hépatite A	4,8	1,1
49.	**Taux d'incidence de certaines maladies à déclaration obligatoire évitables par la vaccination** p. 100 000	(1990-1994)	(2005-2009)
	Infection invasive à pneumocoque	ND	10,7
	Hépatite B	28,8	13,1
	Coqueluche	36,2	7,2
50.	**Filles en 4e année du primaire et en 3e secondaire ayant reçu le vaccin contre le VPH** %	(2008-2009)	(2009-2010)
	4e année du primaire	81,1	76,3
	3e secondaire	80,3	76,0
	Élèves en 4e année du primaire ayant reçu le vaccin contre le VHB %	(1994-1995)	(2009-2010)
		81,9	84,9
51.	**Population de 50 ans et plus ayant reçu le vaccin contre l'influenza saisonnière** %	(2002)	(2008)
	50 ans et plus	38,2	46,1
	60 ans et plus	54,3	58,0
	Population de 65 ans et plus ayant reçu le vaccin contre le pneumocoque %	41,8	48,3

		DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
52.	**Taux d'incidence de certaines ITSS à déclaration obligatoire** p. 100 000	(1990-1994)	(2005-2009)
	Infection génitale à *Chlamydia trachomatis*	163,8	181,7
	Infection gonococcique	16,2	18,5
	Hépatite C	ND	26,3
	Hépatite B	28,8	13,1
	Syphilis infectieuse	0,6	4,2
	Taux d'incidence de l'infection par le VIH p. 100 000	(2002-2004)	(2005-2009)
		5,2	5,0
53.	**Population n'utilisant pas toujours le condom selon le nombre de partenaires (15 ans et plus)** %		(2008)
	1 partenaire	ND	89,3
	2 partenaires ou plus	ND	58,9
54.	**Nombre de seringues par utilisateur de drogues par injection** nombre	(1996-1997)	(2009-2010)
		6,2	12,6
55.	**Taux de grossesses ectopiques** p. 1 000 grossesses	(1991-1996)	(2006-2009)
		16,1	10,1
56.	**Nombre d'hospitalisations pour certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire** nombre moyen		
	Diarrhée et gastro-entérite d'origine présumée infectieuse	–	814
	Infection invasive à *Streptococcus pneumoniae* (pneumocoque)	–	646
	Infection à *Chlamydia trachomatis*	–	250
	Salmonellose	–	200
	Entérite à *Campylobacter*	–	191
	Nombre de décès pour certaines maladies infectieuses à déclaration obligatoire nombre moyen	(2000-2004)	(2005-2008)
	Maladies dues au VIH	123	106
	Hépatite C	35	39
	Hépatite B	17	19
57.	**Taux d'incidence du SARM d'origine nosocomiale** p. 10 000 jours-présence	(2006)	(2009)
		0,55	0,36
	Taux d'incidence des DACD d'origine nosocomiale p. 10 000 jours-présence	(2004-2005)	(2008-2009)
		12,6	6,5

ENVIRONNEMENT PHYSIQUE ET SANTÉ

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
58. Population selon la source d'approvisionnement en eau potable %		(2009)
Eaux de surface	–	71,3
Eaux souterraines	–	13,0
Eaux mixtes	–	3,3
Inconnue	–	12,4
Population approvisionnée en eau de surface selon le type de traitement de l'eau potable %		
Aucun traitement		0,0
Chloration seulement ou oxydation	–	7,4
Traitement conforme	–	18,9
Traitement avancé	–	73,6
Non disponible	–	0,0
Nombre d'avis d'ébullition ou de non-consommation en vigueur nombre	(2005)	(2008)
Avis de non-consommation	40	13
Avis d'ébullition	204	204
Proportion moyenne de personnes touchées quotidiennement par un avis d'ébullition ou de non-consommation %		(2005-2008)
Avis de non-consommation	–	0,0
Avis d'ébullition	–	0,4
59. Plans d'eau touchés par les algues bleu-vert nombre	(2004)	(2009)
	21	150
60. Proportion de jours avec une mauvaise qualité de l'air %	(2004)	(2008)
	ND	ND
Répartition des émissions atmosphériques générées par les sources fixes selon le type de source %	(2002)	(2008)
Industries	56,9	59,1
Chauffage au bois	26,6	25,4
Autres sources	16,5	15,5
Répartition des émissions atmosphériques générées par les véhicules moteurs selon le polluant %	(2002)	(2006)
Monoxyde de carbone	84,6	84,2
Oxydes d'azote	9,4	10,0
Composés organiques volatils	5,2	5,0
Oxydes de soufre	0,3	0,1
Ammoniac	0,3	0,4
Particules inférieures à 2,5 micromètres	0,2	0,2
61. Population active occupée selon le mode de transport utilisé pour se rendre au travail (15 ans et plus) %	(1996)	(2006)
Conducteur	73,1	72,7
Passager	6,0	5,5
Transport en commun	11,8	12,8
À pied	7,4	6,6
À bicyclette	1,0	1,4
Autres moyens	0,7	0,9

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
62. Population ayant eu des symptômes de rhinite allergique %		(2008)
Total (15 ans et plus)	ND	16,8
Hommes (15 ans et plus)	ND	14,5
Femmes (15 ans et plus)	ND	19,1
63. Non-fumeurs exposés régulièrement à la fumée secondaire à la maison %	(2003)	(2007-2008)
Total (12 ans et plus)	15,7	10,8
Hommes (12 ans et plus)	16,7	12,4
Femmes (12 ans et plus)	14,7	9,4
Non-fumeurs exposés régulièrement à la fumée secondaire dans les lieux publics %		
Total (12 ans et plus)	27,1	9,2
Hommes (12 ans et plus)	31,0	9,6
Femmes (12 ans et plus)	23,5	8,9
Non-fumeurs exposés régulièrement à la fumée secondaire dans un véhicule privé %	(2003)	(2007-2008)
Total (12 ans et plus)	11,6	8,4
Hommes (12 ans et plus)	12,7	9,2
Femmes (12 ans et plus)	10,6	7,6
64. Population vivant dans un domicile où il est interdit de fumer %		
Total (12 ans et plus)	32,8	51,9
Hommes (12 ans et plus)	32,0	50,9
Femmes (12 ans et plus)	33,6	53,0
65. Logements nécessitant des réparations majeures %	(1991)	(2006)
	8,0	7,7
66. Taux d'appels pour intoxications au Centre antipoison du Québec p. 100 000	(1994-1998)	(2004-2008)
	754	635
Nombre de nouveaux cas d'intoxication d'origine chimique à déclaration obligatoire liée à une exposition environnementale selon l'agent chimique nombre moyen		(2006-2009)
Total	ND	218
Monoxyde de carbone	ND	91
Mercure et ses composés	ND	56
Plomb	ND	32
Cadmium et ses composés	ND	12
Autres agents chimiques	ND	28
67. Taux ajusté d'incidence pour certains cancers associés à des facteurs de risque environnementaux[1] p. 100 000	(1988-1992)	(2003-2006)
Côlon, rectum et anus	72	69
Poumon, trachée et bronches	94	90
Vessie	27	27
Rein	14	16
Cerveau, méninges et autres parties du système nerveux central	9	9
Glande thyroïde	4	10
Maladie de Hodgkin	4	3
Lymphome non hodgkinien	19	21
Leucémie	15	14

		DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
68.	**Taux ajusté d'hospitalisation pour certains diagnostics associés à des facteurs de risque environnementaux selon le diagnostic**[1,2] p. 10 000	(1998-2002)	(2006-2009)
	Infarctus aigu du myocarde	23	20
	Affections cardio-pulmonaires aiguës	3	3
	Troubles du rythme cardiaque	17	16
	Insuffisance cardiaque et œdème pulmonaire	21	16
	Bronchite aiguë et bronchiolite aiguë	7	7
	Asthme	11	5
	Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires dues à des agents externes	2	3
	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	9	10
	Taux ajusté de mortalité pour certaines causes associées à des facteurs de risques environnementaux selon la cause[1] p. 100 000	(2000-2004)	(2005-2008)
	Mélanome de la peau	2	2
	Tumeur maligne du rein	5	5
	Troubles du rythme cardiaque	10	10
	Insuffisance cardiaque et œdème pulmonairee	16	13
	Pneumoconioses et autres maladies pulmonaires dues à des agents externes	3	5

TRAVAIL ET SANTÉ

69.	**Population active occupée selon le type d'industrie (15 ans et plus)** %	(2001)	(2006)
	Secteur primaire	2,9	2,6
	Fabrication	18,4	15,4
	Construction	2,7	2,9
	Services publics, transport et entreposage	4,9	4,9
	Commerce	16,6	17,2
	Information, culture, arts et loisirs	4,2	4,4
	Finance, assurances, immobilier, gestion et administration	8,3	8,7
	Services professionnels, scientifiques et techniques	6,0	6,5
	Enseignement	7,0	7,3
	Santé et services sociaux	11,1	12,2
	Hébergement et restauration	6,3	6,5
	Administration publique	6,4	6,3
	Autres services	5,1	5,0

		DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
	Population active occupée selon la profession (15 ans et plus) %	(2001)	(2006)
	Gestion	10,0	9,6
	Affaires, finance et administration	19,2	19,4
	Sciences naturelles et appliquées et professions apparentées	6,6	6,6
	Secteur de la santé	6,2	6,6
	Sciences sociales, enseignement, administration publique et religion	8,8	9,8
	Arts, culture, sports et loisirs	2,9	3,1
	Ventes et services	22,9	24,0
	Métiers, transport et machinerie	12,1	11,9
	Professions propres au secteur primaire	2,5	2,2
	Transformation, fabrication et service d'utilité publique	8,8	6,9
70.	**Travailleurs exposés à certaines situations à risque en milieu de travail (15 ans et plus)** %		(2008)
	Bruit intense	ND	7,3
	Poussières de bois	ND	5,0
	Fumées de soudage	ND	2,4
	Vapeurs de solvant	ND	7,1
	Gestes répétitifs des mains et des bras	ND	38,8
	Manipulation de charges lourdes	ND	14,3
	Efforts en utilisant des outils, des machines ou de l'équipement	ND	21,9
	Vibrations des mains ou des bras	ND	7,2
	Vibrations de tout le corps	ND	4,9
	Proportion de demandes de retrait préventif ou de réaffectation de travail-leuses enceintes selon les facteurs de risque à éliminer en milieu de travail %	(1996)	(2008)
	Ergonomique	93,6	85,7
	Chimique	22,9	24,9
	Biologique	23,3	46,0
	Physique	14,3	17,7
	Sécurité	40,9	ND
	Accident	ND	42,2
	Psychosocial	ND	28,9
71.	**Population victime de blessures au travail** %	(2000-2001)	(2008)
	Total (15-74 ans)	3,3	3,3
	Hommes (15-74 ans)	4,8	4,3
	Femmes (15-74 ans)	1,8	2,2
	Population ayant eu une blessure au travail causée par des mouvements répétitifs %		
	Total (15-74 ans)	4,7	7,3
	Hommes (15-74 ans)	4,8	7,5
	Femmes (15-74 ans)	4,6	7,0

		DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
72.	**Population ayant une faible latitude de décision relative aux compétences requises au travail (15-74 ans)** %	(2000-2001)	(2005)
		34,1	29,5
	Population n'ayant pas une grande latitude de prise de décision au travail (15-74 ans) %	43,5	42,6
	Population ayant un niveau élevé de demandes psychologiques au travail (15-74 ans) %	36,9	40,1
	Population ayant un faible soutien social au travail (15-74 ans) %	47,3	49,2
	Population ayant un niveau élevé d'insécurité d'emploi au travail (15-74 ans) %	23,3	21,7
	Population ayant un niveau élevé d'effort physique au travail (15-74 ans) %	37,0	37,2
73.	**Taux d'incidence des lésions professionnelles déclarées et acceptées** p. 1 000	(2001)	(2006)
		55,2	45,0
	Durée moyenne d'indemnisation des lésions professionnelles déclarées et acceptées jours	(1997-2000)	(2005-2008)
		51,5	70,3
74.	**Nouveaux cas de maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique liées à une exposition professionnelle selon la maladie** nombre moyen		(2007-2009)
	Total	ND	937
	Intoxication d'origine chimique	ND	515
	Amiantose, mésothéliome et cancer du poumon lié à l'amiante	ND	247
	Asthme d'origine professionnelle	ND	74
	Silicose	ND	67
	Atteinte broncho-pulmonaire	ND	26
	Béryllose	ND	7
	Cause inconnue ou manquante	ND	1
75.	**Nombre de nouveaux cas de mésothéliome de la plèvre** nombre moyen	(1988-1992)	(2003-2006)
		66	128

TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

76.	**Population victime de blessures** %	(2000-2001)	(2008)
	Total (15 ans et plus)	–	11,0
	Hommes (15 ans et plus)	–	12,9
	Femmes (15 ans et plus)	–	9,2
	Population ayant eu une blessure causée par des mouvements répétitifs %		
	Total (15 ans et plus)	–	11,8
	Hommes (15 ans et plus)	–	12,0
	Femmes (15 ans et plus)	–	11,6

		DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
	Population de 65 ans et plus ayant subi une chute %	(2000-2001)	(2008)
	Total	4,7	3,9
	Hommes	*2,9	*2,8
	Femmes	6,1	4,8
77.	**Population victime de blessures lors d'activités sportives** %	(2003)	(2008)
	Total (15 ans et plus)	–	2,7
	Hommes (15 ans et plus)	–	4,0
	Femmes (15 ans et plus)	–	1,4
	Population ayant eu une blessure lors d'activités sportives causée par des mouvements répétitifs %	(2000-2001)	(2008)
	Total (15 ans et plus)	–	2,9
	Hommes (15 ans et plus)	–	3,2
	Femmes (15 ans et plus)	–	2,6
78.	**Taux ajusté d'hospitalisation pour traumatismes non intentionnels**[1,2] p. 10 000	(1998-2002)	(2006-2009)
	Ensemble des traumatismes non intentionnels	58,9	50,9
	Accidents de véhicules à moteur	6,9	5,4
	Chocs, chute d'un objet et compression entre deux objets	2,7	2,5
	Incendies et brûlures	0,6	0,5
	Intoxications	0,9	0,9
	Chutes	32,0	30,7
79.	**Taux ajusté de mortalité par traumatismes non intentionnels**[1] p. 100 000	(2000-2004)	(2005-2008)
	Ensemble des traumatismes non intentionnels	28	27
	Accidents de véhicules à moteur	9	8
	Chutes	11	11
80.	**Taux de condamnations reliées à des infractions pour conduite avec facultés affaiblies** p. 100 000 titulaires de permis	(1992)	(2007)
		565	223
	Taux de conducteurs décédés ayant obtenu un taux d'alcoolémie supérieur à la limite permise p. 100 000 titulaires de permis	(1991-1999)	(2000-2008)
		3,0	2,0
81.	**Cyclistes portant le casque de sécurité** %	(2000)	(2008)
	Total	25,4	36,5
	Hommes	29,0	38,0
	Femmes	35,0	48,0
	Proportion d'utilisation de la ceinture de sécurité la nuit selon le type d'occupant %		
	Conducteurs	87,1	90,1
	Passagers avant (5 ans et plus)	87,8	88,4

SANTÉ MENTALE

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
82. Population présentant une insatisfaction à l'égard de la vie %	(2003)	(2007-2008)
Total (12 ans et plus)	2,5	2,5
Hommes (12 ans et plus)	2,3	2,6
Femmes (12 ans et plus)	2,7	2,4
Population étant insatisfaite selon certains domaines de satisfaction (12 ans et plus) %	(2005)	(2007-2008)
Relations avec les amis	1,7	2,0
Relations avec les membres de la famille	3,2	3,4
Logement	4,1	4,2
Soi-même	2,9	2,8
Quartier	4,3	3,8
Emploi	6,0	5,4
Activités de loisir	9,4	9,8
Apparence de son corps	9,2	8,6
Situation financière	14,1	13,3
83. Population ne se percevant pas en bonne santé mentale %	(2003)	(2007-2008)
Total (12 ans et plus)	3,6	3,4
Hommes (12 ans et plus)	–	3,7
Femmes (12 ans et plus)	–	3,1
Population éprouvant un stress quotidien élevé %	(2003)	(2007-2008)
Total (15 ans et plus)	28,4	26,3
Hommes (15 ans et plus)	–	25,7
Femmes (15 ans et plus)	–	26,8
Population ayant consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale %	(2000-2001)	(2003)
Total (12 ans et plus)	8,8	8,1
Hommes (12 ans et plus)	–	5,6
Femmes (12 ans et plus)	–	10,5
84. Population ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur %	(2003)	(2007-2008)
Total (12 ans et plus)	3,8	4,8
Hommes (12 ans et plus)	3,2	4,1
Femmes (12 ans et plus)	4,4	5,4
Population ayant un niveau élevé de détresse psychologique %	(2005)	(2007-2008)
Total (12 ans et plus)	22,9	20,0
Hommes (12 ans et plus)	19,5	16,6
Femmes (12 ans et plus)	26,2	23,2
85. Population de 65 ans et plus faisant usage d'anxiolytiques, de sédatifs ou d'hypnotiques %	(2000)	(2008)
Total	33,6	28,8
Hommes	25,4	21,3
Femmes	39,3	34,3

	DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
86. Population ayant un risque de dépendance au jeu de hasard (12 ans et plus) %		(2007-2008)
	ND	2,4
87. Population ayant songé au suicide %	(2000-2001)	(2008)
Total (15 ans et plus)	2,9	2,8
Hommes (15 ans et plus)	2,7	2,7
Femmes (15 ans et plus)	3,1	2,8
Taux ajusté de mortalité par suicide[1] p. 100 000	(1995-1999)	(2005-2008)
Total	20,3	15,4
Hommes	32,6	24,1
Femmes	8,7	7,0

ENVIRONNEMENT SOCIAL

88. Enfants présentant un niveau modéré ou sévère de difficultés socio-émotionnelles %		(2008)
Total (3-14 ans)	ND	12,1
Garçons (3-14 ans)	ND	14,5
Filles (3-14 ans)	ND	9,6
Enfants présentant un niveau limite ou anormal de comportement prosocial (3-14 ans) %	ND	5,0
89. Taux d'incidence des prises en charge dans le cadre de la Loi sur la protection de la jeunesse (0-17 ans) p. 1 000	(1995-2000)	(2005-2010)
	4,7	5,3
90. Taux de jeunes de 12 à 17 ans ayant contrevenu au Code criminel et aux lois p. 100 000	(1997)	(2008)
Total	7 654	6 091
Garçons	12 481	9 641
Filles	2 545	2 376
91. Taux de décrochage au secondaire %	(1999-2000)	(2008-2009)
Total	21,9	18,4
Garçons	27,9	22,6
Filles	16,0	14,3
Population de 15-24 ans ne fréquentant pas l'école %	(1991)	(2006)
Total	37,3	31,3
Garçons	38,8	34,8
Filles	35,7	27,8
92. Population ayant un très faible sentiment d'appartenance à sa communauté locale (12 ans et plus) %	(2000-2001)	(2007-2008)
	20,0	11,7
Population n'étant pas membre d'un organisme à but non lucratif (12 ans et plus) %		(2003)
	ND	74,9

		DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
	Population ayant un niveau faible ou modéré de soutien émotionnel ou informationnel %	(2000-2001)	(2007-2008)
	Total (12 ans et plus)	14,4	12,1
	Hommes (12 ans et plus)	14,5	13,4
	Femmes (12 ans et plus)	14,2	10,9
93.	**Taux de crimes violents** p. 100 000	(1997)	(2009)
		927	1 064
	Taux de crimes pour violence conjugale (12 ans et plus) p. 100 000 femmes	(2000-2004)	(2005-2009)
		426	417
94.	**Population de 75 ans et plus vivant en ménage privé** %	(1986)	(2006)
	Total	79,1	82,8
	Hommes	85,0	88,1
	Femmes	75,8	79,7
	Population de 75 ans et plus vivant seule %		
	Total	32,0	39,3
	Hommes	16,9	21,7
	Femmes	41,5	50,8
95.	**Population de 65 ans et plus ayant un niveau faible ou modéré de soutien émotionnel ou informationnel** %	(2000-2001)	(2007-2008)
	Total	22,9	18,0
	Hommes	20,9	17,4
	Femmes	24,5	18,4
	Population prodiguant sans rémunération des soins aux personnes âgées %	(1996)	(2006)
	Total (15 ans et plus)	16,2	18,6
	Hommes (15 ans et plus)	13,3	15,8
	Femmes (15 ans et plus)	19,1	21,3
96.	**Population de 65 ans et plus ayant reçu des services à domicile** %	(2000-2001)	(2005)
	Total	9,9	9,3
	Hommes	8,1	7,2
	Femmes	11,3	10,9
97.	**Population de 65 ans et plus en institution de santé** %	(1986)	(2006)
	Total	8,0	8,5
	Hommes	5,9	5,6
	Femmes	9,5	10,7
	SERVICES DE SANTÉ		
98.	**Nombre de médecins omnipraticiens** p. 100 000	(1992)	(2008)
		96	103
	Population ayant consulté un médecin de famille %	(2000-2001)	(2007-2008)
	Total (12 ans et plus)	71,6	70,2
	Hommes (12 ans et plus)	–	62,9
	Femmes (12 ans et plus)	–	77,4

		DONNÉES ANTÉRIEURES	DONNÉES RÉCENTES
	Population n'ayant pas de médecin régulier selon la raison invoquée (12 ans et plus) %	(2003)	(2007-2008)
	Total	25,7	26,9
	N'a pas cherché un médecin régulier	18,0	15,4
	N'a pas trouvé un médecin régulier	7,8	11,5
99.	**Femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie** %	(1997-1998)	(2007-2008)
		55,7	67,3
	Femmes de 20 à 69 ans ayant passé un test de Pap %	(2000-2001)	(2007-2008)
		70,2	69,6
	Population de 50 à 74 ans ayant passé un test de dépistage du cancer colorectal %		(2008)
		ND	9,5
100.	**Taux d'interruption volontaire de grossesse selon l'âge** p. 1 000 femmes	(1998-2002)	(2003-2007)
	14-19 ans	22,4	18,9
	20-24 ans	38,3	36,3
	25-29 ans	28,0	26,3
	30-34 ans	18,4	19,0
	35-49 ans	4,6	4,7
	Nombre d'interruptions volontaires de grossesse pour 100 naissances vivantes p. 1 000 femmes		
		42,2	37,8
101.	**Taux ajusté d'hospitalisation liée à des conditions propices aux soins ambulatoires**[1,2] p. 10 000 personnes de 0-74 ans	(1998-2002)	(2006-2009)
		65	40
	Taux ajusté de mortalité évitable générale[1] p. 100 000 personnes de 0-74 ans	(2000-2004)	(2005-2008)
		107	90

1. Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'ensemble du Québec en 2006.

2. L'adoption de la CIM-10-CA à partir de l'année 2006-2007 entraîne une brisure dans l'analyse temporelle de plusieurs causes d'hospitalisations.

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

ND Non disponible.

– Non traité dans le document.

Biblio-graphie

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2010). *Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques : l'hypertension au Canada*, 2010, ministre de la Santé, 28 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008a). *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, Ottawa, 336 p.

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2008b). *Acide folique et prévention des anomalies du tube neural (ATN), 2008 – Mise à jour des renseignements*, [En ligne]. [www.phac-aspc.gc.ca/fa-af/fa-af08-fra.php].

ANCTIL, M., et S. CHEVALIER (2008). « Habitudes de vie en matière de consommation d'alcool, de drogues et les pratiques de jeux de hasard et d'argent », dans *Enquête de santé auprès des Cris, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, Iiyiyiu Aschii, 2003*, Institut national de santé publique du Québec et Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, 27 p.

ASCHEBROOK-KILFOY, B., et autres (2011). « Thyroid cancer incidence patterns in the United States by histologic type, 1992-2006 », *Thyroid*, vol. 21, n° 2, p. 125-134.

ASSOCIATION DES ALLERGOLOGUES ET IMMUNOLOGUES DU QUÉBEC (2009). *La rhinite allergique*, [En ligne].

AUDET, T., I. MARCIL et M. POULIOT (1995). « La conduite automobile avec facultés affaiblies par l'alcool chez les jeunes du milieu rural du Québec : comparaison entre les années 1983 et 1992 », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 86, n° 5, p. 333-334.

BÉLANGER, P. (2011). *Investigation de l'éclosion d'oreillons, province de Québec, automne 2009-printemps 2011*, ministère de la Santé et des Services sociaux. [Rapport non publié].

BELLEVILLE, D., et autres (2009). *Mémoire déposé à la Commission des transports et de l'environnement concernant les effets potentiels sur la santé liés à la présence des algues bleu-vert (cyanobactéries)*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1043_MemoireCyanobacteries.pdf].

BERNIER, S., et Y. PEPIN (2008). « L'usage de la cigarette », dans *Enquête de santé auprès des Cris, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 2.1, Iiyiyiu Aschii, 2003*, Institut national de santé publique du Québec et Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, 19 p.

BITERA, R., et autres (2011). *Programme de surveillance de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) au Québec : mise à jour des données au 30 juin 2010*, gouvernement du Québec, 108 p.

BLAIS, C., et L. ROCHETTE (2011). *Surveillance de l'hypertension au Québec : incidence, prévalence et mortalité*, Institut national de santé publique du Québec, 20 p.

BLANCHET, C. (2009). *Coup d'œil sur l'alimentation des adultes québécois*, gouvernement du Québec, 12 p.

BOUCHARD, C. (2000). « Introduction », dans C. Bouchard (sous la dir. de), *Physical Activity and Obesity*, Champaign (Illinois), Human Kinetics, p. 3-19.

BRODEUR, J.M., et autres (2001). *Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 5-6 et de 7-8 ans*, [En ligne], ministère de la Santé et des Services sociaux. [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-222-01.pdf].

BRODEUR, J.M., et autres (1999). *Étude 1996-1997 sur la santé buccodentaire des élèves québécois de 11-12 et 13-14 ans*, [En ligne], ministère de la Santé et des Services sociaux. [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1999/99-235.pdf].

BRODEUR, J.M., et P.L. SIMARD (1990). *Problèmes gastro-intestinaux et nutrition inadéquate chez les personnes âgées complètement édentées sans prothèses fonctionnelles – Rapport final*, Québec, Université Laval, 55 p.

BUSTINZA, R., et autres (2010). *Outil de vigie et surveillance des vagues de chaleur*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [www.inspq.qc.ca/bise/post/2010/09/02/Outil-de-vigie-et-surveillance-des-vagues-de-chaleur.aspx].

CAMIRAND, H., et C. GALARNEAU (2010). « Santé buccodentaire », dans Institut de la statistique du Québec, *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Institut de la statistique du Québec, p. 107-126.

CAMIRAND, H., et G. LÉGARÉ (2010). « Santé mentale », dans Institut de la statistique du Québec, *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Institut de la statistique du Québec, p. 67-82.

CAMIRAND, J., et autres (2010). *Vivre avec une incapacité au Québec : un portrait statistique à partir de l'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2001 et 2006*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 351 p.

CAMIRAND, J., et autres (2009). « La santé perçue des 55 ans et plus en France et au Québec : différences et similitudes », *Questions d'économie de la Santé*, n° 142, mai, 8 p.

CANUEL, M., et G. LEBEL (2010). *Bilan des éclosions des maladies d'origine hydrique, Québec, 2008-2009*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [www.inspq.qc.ca/bise/post/2010/09/02/Bilan-des-eclosions-des-maladies-de28099origine-hydrique-Quebec-2008e280912009.aspx].

CANUEL, M., et G. LEBEL (2009). *Surveillance des éclosions de maladies d'origine hydrique au Québec – Bilan du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2007*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/959_EclosionMaladiesHydrique.pdf].

CAZALE, L., C. FOURNIER et G. DUBÉ (2009). *Consommation d'alcool et de drogues*, dans G. Dubé et autres, *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2009*, Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 41-91.

COMITÉ DIRECTEUR DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2011). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2011*, Toronto, Société canadienne du cancer, 144 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2009). *Statistiques annuelles 2008*, Québec, Commission de la santé et de la sécurité du travail, 155 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2007-2008). *Analyses descriptives des décès 2007 et 2008*, Commission de la santé et de la sécurité du travail.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (2001-2010). *Rapports annuels de gestion 2000-2009*, Commission de la santé et de la sécurité du travail.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (1999-2010). *Fichiers des lésions professionnelles 1997-2008*, Commission de la santé et de la sécurité du travail. [Produits électroniques].

COMMISSION EUROPÉENNE (2011). *Eurostat*, [En ligne]. [epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/main_tables].

CONSEIL DU MÉDICAMENT (2011). *Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec*, gouvernement du Québec, 53 p.

CONSEIL QUÉBÉCOIS SUR LE TABAC ET LA SANTÉ (2010). *La fumée secondaire*, [En ligne]. [www.cqts.qc.ca/fumee-secondaire/index.html].

DESJARDINS, N., et autres (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, gouvernement du Québec, 150 p.

DESSAU, J.C., et autres (2005). *Le radon au Québec – Évaluation du risque à la santé et analyse critique des stratégies d'intervention*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/352-Radon_Rapport.pdf].

DE WALS, P., et autres (2007). « Reduction in neural-tube defects after folic acid fortification in Canada », *New England Journal of Medicine*, vol. 357, n° 2, p. 135-142.

d'HALEWYN, M.A., et autres (2002). *Les risques à la santé associés à la présence de moisissures en milieu intérieur*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [www.inspq.qc.ca/pdf/publications/126_RisquesMoisissuresMilieuInterieur.pdf].

DURKHEIM, E. (1990). *Le suicide : étude de sociologie*, 5e édition, Paris, Presses universitaires de France, 463 p.

ÉDUC'ALCOOL et COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2008). *La grossesse et l'alcool en questions*, Éduc'alcool et Collège des médecins du Québec, 4 p.

ÉMOND, V. (2006). « Le diabète, nouveau fléau », dans *L'Annuaire du Québec 2006*, Institut du Nouveau Monde, p. 333-339.

ENVIRONNEMENT CANADA (2010). *Les dix événements météorologiques les plus marquants au Canada en 2010*, [En ligne], Environnement Canada. [www.ec.gc.ca/meteo-weather/default.asp?lang=Fr&n=53E29740-1].

ENVIRONNEMENT CANADA (2006). *Tendances relatives aux sources et aux puits de GES au Canada, 1990-2004*, ministre de l'Environnement, 20 p.

GAGNÉ, M., et autres (2011). *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009 – Mise à jour 2011*, gouvernement du Québec, 5 p.

GAGNÉ, M., et D. ST-LAURENT (2010). *La mortalité par suicide au Québec : tendance et données récentes – 1981 à 2008*, gouvernement du Québec, 19 p.

GOODMAN, R. (2001). « Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 40, nº 11, p. 1337-1345.

GOODMAN, R. (1999). « The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 40, nº 5, p. 791-799.

GOODMAN, R. (1997). « The Strengths and Difficulties Questionnaire : a research note », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 38, nº 5, p. 581-586.

GOODMAN, A., D.L. LAMPING et G.B. PLOUBIDIS (2010). « When to use broader internalising and externalising subscales instead of the hypothesised five subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) : data from British parents, teachers and children », *Journal of Abnormal Child Psychology*, vol. 38, nº 8, p. 1179-1191.

GOODMAN, R., et autres (2000). « Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample », *British Journal of Psychiatry*, vol. 177, nº 6, p. 534-539.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2011a). *Règlement sur la qualité de l'eau potable, c. Q-2, r. 40, à jour au 1er août*, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=//Q_2/Q2R40.htm].

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2011b). *Loi sur la santé et la sécurité du travail : L.R.Q., chapitre S-2.1, à jour au 1er août*, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html].

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2011c). *Loi sur la santé publique : L.R.Q., chapitre S-2.2, à jour au 1er août*, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_2/S2_2.html].

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2011d). *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles : L.R.Q., chapitre A-3.001, à jour au 1er septembre*, [En ligne], Éditeur officiel du Québec. [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/A_3_001/A3_001.html].

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2011e). *Bilan de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental 2004-2009 en matière de violence conjugale*, gouvernement du Québec, 76 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2009). *Stratégie d'action jeunesse 2009-2014 – Enrichir le Québec de sa relève*, 99 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2006). *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 80 p.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2004). *Plan d'action gouvernemental en matière de violence conjugale 2004-2009*, 35 p.

GRAVES, R.C., J.A. DISNEY et J.W. STAMM (1989). « Comparative effectiveness of flossing and brushing in reducing interproximal bleeding », *Journal of Periodontology*, vol. 60, nº 5, p. 243-247.

GUÉRIN, D., et autres (2006). *La fumée de tabac secondaire : effet sur la santé et politiques de contrôle de l'usage du tabac dans les lieux publics*, Institut national de santé publique du Québec, 251 p.

GUYON, L., et autres (2008). *Prévention du tabagisme chez les femmes enceintes*, gouvernement du Québec, 20 p.

HORTA, B., et autres (2007). *Evidence on the long-term effects of breastfeeding : systematic reviews and meta-analysis*, Genève, World Health Organization, 52 p.

INFOCENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2011). *Indicateurs du Plan commun de surveillance*, [En ligne]. [www.infocentre.inspq.rtss.qc.ca/].

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2004). *Donner naissance au Canada : un profil régional*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 68 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Le Québec dans le monde – Statistiques économiques internationales*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 616 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010a). *Le bilan démographique du Québec*, [En ligne], Institut de la statistique du Québec. [www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2010/Bilan2010.pdf].

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2010b). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Institut de la statistique du Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2009). *Perspectives démographiques du Québec et des régions, 2006-2056*, [En ligne], Institut de la statistique du Québec. [www.stat.gouv.qc.ca/publications/demograp/pdf2009/perspectives2006_2056.pdf].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010a). *Santéscope*, [En ligne]. [www.inspq.qc.ca/santescope/].

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010b). *La consommation d'alcool et la santé publique au Québec*, gouvernement du Québec, 100 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010c). *Réussite éducative, santé, bien-être : agir efficacement en contexte scolaire – Synthèse de recommandations*, gouvernement du Québec.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010d). *Portrait national des troubles musculo-squelettiques (TMS) 1998-2007 : TMS sous surveillance*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 40 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, gouvernement du Québec, 659 p.

IP, S., et autres (2009). « A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries », *Breastfeeding Medicine*, vol. 4, suppl. 1, p. S17-S30.

IP, S., et autres (2007). *Breastfeeding and Maternal and Infant Health Outcomes in Developed Countries*, Rockville (Maryland), Agency for Healthcare Research and Quality, 186 p.

JOHNSTON, R.B., et autres (2001). « Overview : new perspectives on the stubborn challenge of preterm birth », *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, vol. 15, suppl. 2, p. 3-6.

JOSHIPURA, K.J., W.C. WILLETT et C.W. DOUGLAS (1996). « The impact of edentulousness on food and nutrient intake », *Journal of the American Dental Association*, vol. 127, n° 4, p. 459-467.

KAIROUZ, S., et autres (2009). *Portrait du jeu au Québec : prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*, Université Concordia, Université de Montréal et Fonds de recherche sur la société et la culture, 46 p.

KAY, E.J., et D. LOCKER (1998). « A systematic review of the effectiveness of health promotion aimed at improving oral health », *Community Dental Health*, vol. 15, n° 3, p. 132-144.

KING JAMES I (1604). *A counter-blaste to tobacco*, Londres, R. Baker, 25 p.

KRAMER, M.S., et autres (2000). « The contribution of mild and moderate preterm birth to infant mortality », *Journal of the American Medical Association*, vol. 284, n° 7, p. 843-849.

LALIBERTÉ, C., S. GINGRAS et M. SCHEBELEN (2010). *Les avertisseurs de monoxyde de carbone comme mesure de protection au Québec : état de situation et perspectives d'intervention*, gouvernement du Québec, 79 p.

LAMBERT, G., et S. MINZUNZA (2010). *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec : année 2009 (et projections 2010) – Faits saillants*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 60 p.

LAVOIE, I., et autres (2007). *Les fleurs d'eau de cyanobactéries : revue de littérature*, Institut national de la recherche scientifique, 124 p.

LEBEL, G., et R. BUSTINZA (2011). *Surveillance des impacts sanitaires des vagues de chaleur au Québec. Bilan de la saison estivale 2010*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1275_SurvImpactsChaleurBilanEte2010.pdf].

LEBEL, G., F.O. TAIROU et L. LEFEBVRE (2009). *Fréquence des appels pour intoxications au Centre antipoison du Québec, 1989-2007*, [En ligne], Institut national de santé publique du Québec. [www.inspq.qc.ca/bise/post/2009/04/06/Frequence-des-appels-pour-intoxications-au-Centre-antipoison-du-Quebec-1989-2007.aspx].

LEWIS, D.W., et A.I. ISMAIL (2006). « 36. Prévention de la carie dentaire », dans Agence de la santé publique du Canada, *Guide canadien de médecine clinique préventive*, [En ligne], Agence de la santé publique du Canada. [www.phac-aspc.gc.ca/publicat/clinic-clinique/sec4-fra.php].

MARTEL, S., et R. CHOINIÈRE (2007). *Une estimation du fardeau de différentes maladies chroniques à partir de l'espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé*, gouvernement du Québec, 31 p.

MARTIELLO, M.A., et M.V. GIACCHI (2010). « Review article : high temperatures and health outcomes : a review of the literature », *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 38, nº 8, p. 826-837.

MARTINEZ, J., et autres (2004). *Vivre dans une collectivité rurale plutôt qu'en ville fait-il vraiment une différence en matière de santé et de bien-être ?*, Institut national de santé publique du Québec, 87 p.

MICHAUD, S. (2002). *Épidémiologie clinique et moléculaire des entérites à campylobacter en Estrie : une étude cas-témoins*, Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011a). *Rapport d'évaluation – Niveau d'implantation de l'Initiative des amis des bébés dans les établissements offrant des services de périnatalité au Québec*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 98 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011b). *Portrait épidémiologique de l'éclosion de rougeole*, [En ligne]. [www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/rougeole/portrait2011.php].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011c). *Flash Vigie : bulletin québécois de vigie et d'intervention en maladies infectieuses*, [En ligne], vol. 6, nº 1, janvier. [publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2006/06-271-02W-vol6_no1.pdf].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2011d). *Tableaux EGB2R02 et EGB2R16 de la Banque provinciale du Système d'information sur la clientèle et les services des CSSS, mission CLSC (I-CLSC)*, mars.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010a). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants – Résultat d'une réflexion commune*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010b). *Stratégies de mise en œuvre de la Politique de périnatalité 2009-2012 – Un projet porteur de vie*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 35 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2010c). *Plan québécois de prévention du tabagisme chez les jeunes 2010-2015*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 54 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2009). *Épidémiologie de la tuberculose au Québec de 2004 à 2007*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 59 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008a). *Politique de périnatalité 2008-2018 – Un projet porteur de vie*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 164 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2008b). *Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006a). *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012 – Investir pour l'avenir*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 50 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006b). *Plan d'action de santé dentaire publique 2005-2012*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 66 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2006c). *Les infections nosocomiales – Cadre de référence à l'intention des établissements de santé du Québec*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 107 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Un défi de solidarité : le service aux aînés en perte d'autonomie – Plan d'action 2005-2010*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 51 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004a). *Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant en contexte de vulnérabilité – Résumé du cadre de référence*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 28 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2004b). *La prévention des chutes dans un continuum de services pour les aînés vivant à domicile – Cadre de référence*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 61 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2003). *Chez soi : le premier choix – La politique de soutien à domicile*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 45 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001a). *L'allaitement maternel au Québec – Lignes directrices*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 75 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2001b). *Pour une approche pragmatique de prévention en toxicomanie*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 56 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2000). *Rapport du groupe de travail sur la fluoration de l'eau de consommation au Québec* – Rapport final, Québec, Direction générale de la santé publique, 73 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2010). *L'épidémie silencieuse : les infections transmissibles sexuellement et par le sang – Quatrième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 73 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX en collaboration avec l'INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2011). *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques*, gouvernement du Québec, 351 p.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION, DU LOISIR ET DU SPORT (2010). *Indicateurs de l'éducation*, ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, 136 p.

MINISTÈRE DU DÉVELOPPEMENT DURABLE, DE L'ENVIRONNEMENT ET DES PARCS. *L'eau au Québec : une ressource à protéger*, [En ligne]. [www.mddep.gouv.qc.ca/eau/inter.htm].

MUCKLE, G., et autres (2007). « Alcohol, Drug Use and Gambling Among the Inuit of Nunavik : Epidemiological Profile », dans *Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004*, Institut national de santé publique du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 9 p.

MURRAY, C. J. L., et A. D. LOPEZ (1996). *The Global Burden of Disease : a Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge (Massachusetts), Harvard School of Public Health. (Global Burden of Disease and Injury Series, vol. 1).

NOLIN, B., et D. HAMEL (2009). « L'activité physique au Québec de 1995 à 2005 : gains pour tous... ou presque », dans M. Fahmy (sous la dir. de), *L'État du Québec 2009 : tout ce qu'il faut savoir sur le Québec d'aujourd'hui*, Montréal, Fides, p. 271-327.

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2011). *Base de données de l'OCDE sur la santé 2011*, [En ligne]. [www.oecd.org/document/56/0,3746, fr_2649_37407_32566008_1_1_1_37407,00.html].

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2010a). *Perspectives des migrations internationales*, [En ligne]. [www.oecd.org/document/2/0,3746, fr_2649_37415_45634946_1_1_1_37415,00.html].

ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUES (2010b). *Profil statistique par pays 2010 : Canada*, [En ligne]. [stats.oecd.org/Index.aspx?QueryId=23063&lang=fr].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2011). *Tabagisme*, [En ligne], Organisation mondiale de la Santé. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs339/fr/index.html].

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2010a). *Recommandations mondiales sur l'activité physique pour la santé*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 58 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2010b). *Stratégie mondiale visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 40 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2006). *Guide pour la mise en place de l'action antitabac*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 307 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003a). *Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 30 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003b). *Régime alimentaire, nutrition et prévention des maladies chroniques*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 50 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2003c). *Obésité : Prévention et prise en charge de l'épidémie mondiale*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 284 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2002). *Réduire les risques et promouvoir une vie saine*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 270 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1989). *Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité – Déclaration conjointe de l'OMS et du FISE*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 32 p.

PENNEY, D., et autres (2010). « Carbon monoxide », dans World Health Organization, *WHO Guidelines for Indoor Air Quality : Selected Pollutants*, World Health Organization, p. 55-101.

PIGEON, E., et I. LAROCQUE (2011). *Tendances temporelles de la prévalence et de l'incidence du diabète, et mortalité chez les diabétiques au Québec, de 2000-2001 à 2006-2007*, Institut national de santé publique du Québec, 12 p.

PLAZIAC, C., et D. HAMEL (2007). « Tobbaco Use », dans *Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004*, Institut national de santé publique du Québec et Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, 9 p.

POPULATION REFERENCE BUREAU (2010). *2010 World Population Data Sheet*, [En ligne]. [www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf].

POULIN, C., et autres (2004). « Les troubles anxieux constituent-ils un problème de santé publique ? », *Santé mentale au Québec*, vol. 29, nº 1, p. 61-72.

PROSPECTIVE STUDIES COLLABORATION (2009). « Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults : collaborative analyses of 57 prospective studies », *Lancet*, vol. 373, nº 9669, p. 1083-1096.

RAY, J.G., et autres (2002). « Association of neural tube defects and folic acid food fortification in Canada », *Lancet*, vol. 360, nº 9350, p. 2047-2048.

RÉGIE DES RENTES DU QUÉBEC (2010). Soutien aux enfants : statistiques de l'année 2009, 47 p.

REHM, J., et autres (2006). *The Costs of Substance Abuse in Canada 2002*, Ottawa, Canadian Center on Substance Abuse, 131 p.

RENAUD, J.S., et G. FOURNIER (2010). *Des données pour agir : le développement socio-émotionnel des enfants*, présentation aux 14es Journées annuelles de santé publique, Québec, 22-24 novembre, 46 p.

SANTÉ CANADA (2009). *Estimations provinciales et territoriales du pourcentage d'eau fluorée dans les communautés en 2007*, [En ligne]. [www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/ocdo-bdc/project-fra.php].

SANTÉ CANADA (2007). *Bien manger avec le Guide alimentaire canadien*, 2 p.

SANTÉ CANADA (2006). « Soins aux adultes – Chapitre 2 – Oto-rhino-laryngologie », *Guide de pratique clinique du personnel infirmier en soins primaires*, [En ligne].

SANTÉ CANADA (2004). *Durée de l'allaitement maternel exclusif – Recommandation de Santé Canada, 2004*, Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 4 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE CANADA (1993). *Enquête promotion de la santé Canada, 1990: rapport technique*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada, 360 p.

SASSI, F. (2010). *L'obésité et l'économie de la prévention*, Organisation de coopération et de développement économiques, 290 p.

SAUVE-QUI-PENSE (2009). *Le fardeau économique des blessures au Canada*, Toronto, SAUVE-QUI-PENSE.

SCHULTZ, S.E., et J.A. KOPEC (2003). « Effet des problèmes de santé chroniques », *Rapports sur la santé*, vol. 14, n° 4, p. 45-58.

SHIELDS, M., et S. SHOOSHTARI (2001). « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé*, vol. 13, n° 1, décembre, p. 39-63.

SHIELDS, M., et autres (2008). « Estimations de l'obésité fondées sur des mesures autodéclarées et sur des mesures directes », *Rapports sur la santé*, vol. 19, n° 2, p. 1-17.

SOCIÉTÉ ALZHEIMER DU CANADA (2011). *Prévalence de la maladie d'Alzheimer et des démences apparentées prévue au Canada et par province*, [En ligne]. [www.alzheimer.ca/french/rising_tide/rising_tide_prevalence_province.htm].

SOCIÉTÉ ALZHEIMER DU CANADA (2009). *Améliorer la qualité de vie des personnes qui vivent avec la maladie d'Alzheimer ou une affection connexe*, Société Alzheimer du Canada, 17 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PHYSIOLOGIE DE L'EXERCICE (2011). *Directives canadiennes en matière d'activité physique*, 4 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DU CANCER (2009). *Causes du cancer de la thyroïde*, [En ligne], Société canadienne du cancer. [www.cancer.ca/Quebec/About%20cancer/Types%20of%20cancer/Causes%20of%20thyroid%20cancer.aspx?sc_lang=fr-CA&r=1].

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC (2011). *Bilan routier 2010*, 23 p.

STATISTIQUE CANADA (2011a). *Enquête sur la population active (EPA): estimations selon le niveau de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, annuel*, tableau CANSIM 282-0004.

STATISTIQUE CANADA (2011b). *Personnes à faible revenu, selon le type de famille économique, annuel*, tableau CANSIM 202-0804.

STATISTIQUE CANADA (2011c). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, tableau CANSIM 105-0502.

STATISTIQUE CANADA (2011d). *La violence familiale au Canada: un profil statistique*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 56 p.

STATISTIQUE CANADA (2011e). *Population âgée de 15 ans et plus selon les heures consacrées à offrir des soins ou de l'aide aux personnes âgées, sans paye ou sans salaire, selon le sexe, par province et territoire*, [En ligne]. [www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/rt-td/index-fra.cfm].

STATISTIQUE CANADA (2007). *L'Enquête sur la participation et les limitations d'activités de 2006: rapport analytique*, ministre de l'Industrie, 39 p.

STATISTIQUE CANADA (2005). *Comparabilité de la CIM-10 et de la CIM-9 pour les statistiques de la mortalité au Canada*, Ottawa, gouvernement du Canada.

STATISTIQUE CANADA et INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2011). *Indicateurs de la santé*, n° 1, Ottawa, Statistique Canada.

TAIROU, F.O., D. BÉLANGER et P. GOSSELIN (2010). *Proposition d'indicateurs aux fins de vigie et de surveillance des troubles de la santé liés à la chaleur*, gouvernement du Québec, 44 p.

TARDIF, F. (2009). *Les infractions et les sanctions reliées à la conduite d'un véhicule routier 1999-2008*, Société de l'assurance automobile du Québec, 185 p.

THOUEZ, J.P., et autres (1991). « Geographical variations of motor-vehicle injuries in Quebec, 1983-1988 », *Social Science and Medicine*, vol. 33, n° 4, p. 415-421.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2008). *2008 Physical Activity Guidelines for Americans*, 61 p.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (2000). *Oral Health in America: a Report of the Surgeon General*, Rockville (Maryland).

Department of Health and Human Services, National Institute of Dental and Craniofacial Research, National Institutes of Health, 308 p.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1996). *Physical Activity and Health: a Report of the Surgeon General*, Atlanta, U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, 278 p.

VÉZINA, M., et autres (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec.

VOLBERG, R. (2007). «Population Surveys», dans G. Smith, D. Hodgins et R. Williams, *Research and Measurement Issues in Gambling Studies*, Elsevier, p. 33-54.

WALLACE, M. (2009). *Statistiques sur les crimes déclarés par la police au Canada, 2008*, Ottawa, Statistique Canada, 37 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009). *Infant and Young Child Feeding*, Genève, 99 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope – The World Health Report*, Genève, 178 p.

Ce Cinquième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, intitulé *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions*, fait état de la santé des Québécois selon les thèmes suivants :

- Conditions démographiques
- Conditions socioéconomiques
- État de santé globale
- Santé des mères et des tout-petits
- Habitudes de vie
- Maladies chroniques
- Santé buccodentaire
- Maladies infectieuses
- Environnement physique et santé
- Travail et santé
- Traumatismes non intentionnels
- Santé mentale
- Environnement social

Ce portrait met en relief l'évolution récente, certaines disparités régionales et socio-économiques ainsi que la situation du Québec par rapport aux autres provinces canadiennes et aux principaux pays occidentaux.

Les données ayant servi en grande partie à la réalisation de ce bilan de la santé des Québécois sont présentées dans le volet statistique du présent rapport. Ce dernier est disponible en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca
section **Documentation**,
rubrique **Publications**.

Santé et Services sociaux
Québec

Avec la collaboration de :
- Institut national de santé publique
- Institut de la statistique

11 228-01F